

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

136

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri FENARD

Né à Sens, le 27 novembre 1883

Ancien externe des hôpitaux de la clinique Tarnier
et du service d'otorhinolaryngologie de l'hôpital Lariboisière

Ancien interne de la Maison départementale de la Seine

Médaille de bronze de l'Assistance publique

L'ADIPOSE

DOULOUREUSE SEGMENTAIRE RHIZOMÉLIQUE

(Maladie de Dercum)

Président : M. GILBERT-BALLET, professeur

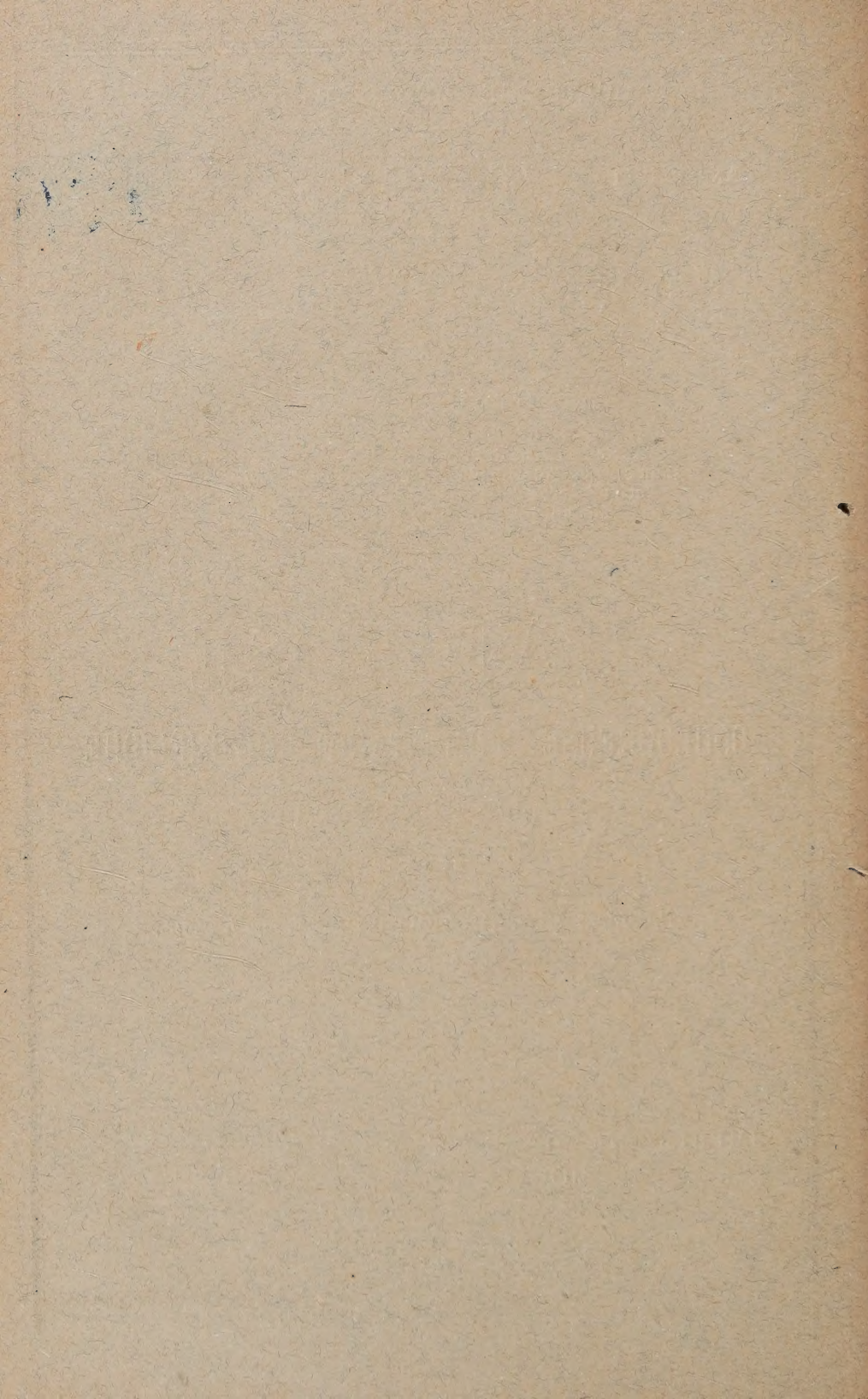
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911



136

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri FENARD

Né à Sens, le 27 novembre 1883

Ancien externe des hôpitaux de la clinique Tarnier
et du service d'otorhinolaryngologie de l'hôpital Lariboisière

Ancien interne de la Maison départementale de la Seine

Médaille de bronze de l'Assistance publique

L'ADIPOSE

DOULOUREUSE SEGMENTAIRE RHIZOMÉLIQUE

(Maladie de Dercum)

Président : M. GILBERT-BALLET, professeur

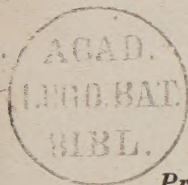
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
Clinique médicale.	ROGER
	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTIERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage de reconnaissance
et d'affection.*

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

(*Stage 1903-1905. — Externat 1905-1909.
Internat 1909-1911*)

MM. les Professeurs : H. ROGER, WALTHER,
REYNIER, LEPAGE, SÉBILEAU

MM. les Docteurs : BERGÉ, BARIÉ, THIBIERGE,
LION, GUINON, LAUGIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT-BALLET

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Au cours de notre internat, nous avons été particulièrement intéressé par quelques cas d'adipose douloureuse qu'il nous a été donné d'observer.

Ces curieuses formes morbides sont encore mal connues, et chaque jour des recherches ou des observations nouvelles viennent confirmer ou modifier les idées antérieurement émises.

L'accord en effet est encore loin d'être fait, aussi bien sur la valeur nosologique de la maladie de Dercum que sur sa pathogénie.

Après l'exposé des discussions contradictoires qui eurent surtout pour résultat de mettre en doute l'existence même du syndrome, nous essaierons de montrer comment l'étude attentive des observations publiées sous le nom de maladie de Dercum nous a amené à dégager un type clinique plus particulièrement autonome : l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique.

Auparavant, nous tenons à remercier ici M. le Dr Oppenheim des conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner dans la rédaction de ce travail, et c'est à son obligeance que nous devons l'une de nos observations personnelles.

L'ADIPOSE

DOULOUREUSE SEGMENTAIRE RHIZOMÉLIQUE

(Maladie de Dercum)

HISTORIQUE

C'est en 1888 que, pour la première fois, Dercum présente au Congrès de Neurologie de Washington une malade atteinte d'une adïpose à caractères spéciaux, qu'il décrit sous le nom de :

Dystrophie du tissu cellulaire sous-cutané des bras et du dos, associé à des symptômes analogues à ceux du myxœdème.

L'année suivante, à propos d'un nouveau cas qu'il sépare nettement du myxœdème et de l'obésité vulgaire, il lui semble justifié d'isoler sur cette base clinique une nouvelle entité morbide qu'il nomme « adïpose douloureuse », pour mieux faire ressortir ses deux principaux symptômes : les tumeurs graisseuses et la douleur.

Depuis, Dercum s'attacha non seulement à en préciser les symptômes, mais encore à en établir l'anatomie pathologique et la pathogénie.

Après lui, les neurologistes de tous les pays vinrent chaque année apporter des observations pouvant se réclamer de l'affection qu'a isolée Dercum et qui porte maintenant son nom.

C'est en Amérique les observations de : Henry, Collins, Peterson et Laweland, Eshner, William Spiller, Burr, Dercum et Mac Carthy, José Valdès Anciano (Cuba), Taylor et Luce, Price, Julius, B. Frankenhaimer, Klingmann, Price et Harry Hudson, Heinrich Stern, W.-W. Graves et W.-H. Cook.

En Angleterre de : Hale White, Mac Mullan.

En Italie : Giudiceandréa, Papi, Pasquini, Salvatori, De Renzi, Cecchini, Colbertado, Minelli, Silvestrini, Papinio Pennato, Guelfi, Migliani, Mazio, Gino Morsa, Giulio Fratti, Titu Jonesco, G. Ghedani, Durando Durante.

En Russie de : J. Kaplan et Fedorow, Josephovitsch.

En Autriche de : Rüdinger, Albert Weiss, Fuchs, Haskovec.

En Allemagne de : Ewald, Thimm, Gudjohnsen, Strübing.

En France enfin de : Morlot et Gallois, Ch. Féré, Achard et Laubry, Simionesco, Heitz et Rénon, Roux et Vitaut, Galland et Garand, J. Roux (de Saint-Étienne), Oddo et Chassy (Marseille), Rénon et Louste, Marcou, Dide et Leborgne, Houée, Sicard et Roussy, Debove, Gilbert-Ballet, Deny et Leplay, Delucq et Alaux, Bondet, Lenoir, Raymond et Guillain, Roger, Miquel, Pic, Sabrazès, Meignen et Levesque,

Dupré et Giroux, Guillaïn et Alquier, Crouzet et Nathan, Hallopeau et Bondet, G. Joffre, Prunier, Gaucher et Nathan, J. Roques de Fursac, Sicard et Berkovitsch, Léon Bernard, de Massary, Bergeron, Prinet, Sézary.

C'est ainsi que nous avons pu réunir plus de cent observations publiées sous le nom de maladie de Dercum.

LA MALADIE DE DERCUM

Les travaux qui, en France, fixèrent le tableau clinique de cette nouvelle entité morbide, en en réclamant la description dans les traités classiques, furent surtout, les thèses de Vitant et Sellerin, la revue générale de P. Sainton et J. Ferrand.

Pour ces auteurs, la maladie de Dercum est caractérisée cliniquement par deux symptômes cardinaux : accumulation de graisse et les douleurs. A ces deux phénomènes capitaux s'en ajoutent deux autres, qui font rarement défaut : l'asthénie et les troubles psychiques.

Il ne semble pas qu'il y ait dans leur esprit une adipose et des douleurs, spéciales à la maladie de Dercum. Quels que soient l'aspect et la topographie de l'adipose, quels que soient les caractères des douleurs, c'est la réunion de ces deux symptômes, qui constitue l'entité morbide appelée adipose douloureuse. Un peloton graisseux et quelques névralgies, il n'en faut pas plus pour justifier le diagnostic. Le malade a-t-il quelque paresse à se mouvoir (asthénie) ; a-t-il les pleurs ou le rire faciles (troubles psychiques), le tableau clinique est alors indiscutablement celui d'un cas typique de maladie de Dercum.

Qu'arriva-t-il avec cette conception ?

C'est que l'on a rapproché dans un même groupement des observations cliniquement des plus disparates. Leur point commun est peut-être de présenter plus ou moins au complet ce quadrige symptomatique (Prinet) : adipose, douleur, asthénie, troubles psychiques. Mais quelle variété dans les caractères du symptôme réellement primordial : l'adipose !

Elle peut être circonscrite ou diffuse, symétrique ou asymétrique, ou envahir le tronc ou les membres.

Tout au plus signale-t-on que cette adipose est le plus souvent localisée et respecte certains territoires, extrémités et face, mais c'est loin d'être un caractère pathognomonique ; c'est une simple curiosité et la généralisation de l'adipose aussi bien que l'atteinte des territoires habituellement respectés n'empêchent pas le diagnostic de maladie de Dercum.

En dehors des nombreux cas d'adipose segmentaire rhizomélisque dont nous rapporterons plus loin les observations, nous trouvons ainsi un certain nombre de lipomatoses nodulaires avec prédominance aux avant-bras et aux cuisses, puis des lipomatoses nodulaires irrégulièrement disséminées, des adiposes à localisation non-rhizomélisque : adipose cervico-abdominale, adipose du ventre et des seins, adipose unilatérale, enfin des adiposes généralisées.

Le résumé de quelques observations nous montrera, mieux que toute description, leurs caractères disparates.

OBSERVATION I

ROUX et VITAUT.— *Lipomatose nodulaire des avant-bras et des cuisses* (*Revue neurologique*, septembre 1901, p. 881).

P..., Joseph, 32 ans, mineur.

Le début de l'affection actuelle semble remonter au mois de septembre 1899. A cette époque, il fut pris de courbature générale avec fièvre et troubles digestifs. Après quelques jours de repos, il tente de reprendre son travail, mais il est obligé de l'abandonner. De vives douleurs se faisaient sentir au niveau du bras gauche et dans la région de l'hypocondre droit. Son attention attirée sur ces points, il découvrit de petites nodosités douloureuses, de la dimension d'un gros pois à celle d'une noisette, au nombre de 4 ou 5 à la face antérieure de l'avant-bras gauche et de 6 ou 7 au niveau de l'hypocondre droit.

Bientôt, de nouvelles tumeurs identiques apparurent sur diverses parties du corps. Le malade éprouvait d'abord des sensations de piquûre, de chaleur dans les téguments et, peu après, l'exploration de ces régions douloureuses lui faisait découvrir des nodules, douloureux spontanément et à la pression. Progressivement, ces néoplasies s'accroissaient, atteignant parfois le volume d'un petit œuf de poule.

Lorsque le malade ne se fatigue pas, ces nodosités sont peu douloureuses, mais au moindre travail, elles augmentent de volume et deviennent tellement douloureuses qu'elles l'obligent à cesser son ouvrage. Pas de modification de la peau à leur niveau. En cinq ou six mois, ces

néoplasies se multiplièrent considérablement, surtout aux membres et sur la paroi antérieure du thorax. Les pieds, les mains, la face et le cou furent toujours indemnes.

Les forces du malade ont beaucoup diminué ; asthénie considérable ; le moindre travail le fatigue et s'accompagne d'une transpiration abondante. Autrefois, il était robuste et soulevait 150 à 200 kilogrammes.

En présence de ces symptômes inquiétants, le malade vient à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, à la consultation de chirurgie, au mois de décembre 1899.

A cette époque, on constate de nombreuses tumeurs de volume variable, *aux avant-bras, à la face externe des cuisses et à la partie supérieure des lombes et des flancs* ; les deux plus grosses, du volume d'un petit œuf de poule, siègent à la partie moyenne de la face antérieure de chaque avant-bras. Leur volume moyen est celui d'une *noisette*. Ces néoplasies semblent libres de toute adhérence, soit avec la peau, soit avec les tissus sous-jacents ; les unes sont mollasses, d'autres plus dures, élastiques. Quelques-unes paraissent suivre, assez grossièrement, le trajet d'un tronc nerveux (crural, médian), mais la plupart sont disséminées sans ordre apparent. La face, le cou, la poitrine, les pieds et les mains en sont dépourvus.

Ablation d'une de ces tumeurs située sur le bord externe de l'avant-bras gauche. Elle s'énuclee facilement comme une tumeur encapsulée.

Le malade refuse d'entrer à l'hôpital. On institue alors un traitement intensif à la liqueur de Fowler.

Deuxième examen. — Au bout de trois semaines, Joseph P... revient à la consultation ; les néoplasies ont un peu diminué, l'asthénie est bien moindre, mais doit-on

attribuer ce résultat à l'arsenic ou au repos gardé par le malade ? Une des plus grosses tumeurs siégeant à la face antérieure de l'avant-bras gauche est tellement douloureuse qu'il demande son ablation. Huit jours après, le malade demande qu'on lui enlève trois tumeurs excessivement douloureuses à la face antérieure de l'avant-bras.

18 janvier 1900. — Les douleurs sont très vives aux bras et aux jambes, au niveau des tumeurs. Pendant l'effort, les douleurs atteignent leur maximum, et les tumeurs augmentent de volume. En somme, pas d'amélioration appréciable. Malgré ses promesses de revenir souvent à la consultation, le malade reste plus d'un an sans venir à l'Hôtel-Dieu.

Troisième examen. — Ce n'est que le 28 mars 1901, qu'il se décide à entrer dans le service de M. le Dr Roux. Depuis la dernière fois que nous l'avons vu (janvier 1900), il n'a jamais pu travailler d'une façon suivie, tant à cause des douleurs exagérées par l'effort, qu'à cause de son asthénie. De nouvelles tumeurs sont apparues, et maintenant, *il en est couvert.*

Les tumeurs adipeuses sont disséminées sur tout le corps, surtout abondantes sur les *avant-bras*, les *cuisse*s, la paroi antérieure du thorax. Leur volume varie de la dimension d'un pois à celle d'une noix. Les plus volumineuses seules sont appréciables à la vue ; il faut rechercher les autres par la palpation ; cependant, un léger lacis veineux bleuâtre sous-cutané trahit la présence des néoplasies, même les plus petites.

Là où les tumeurs ont été enlevées, cicatrices souples, non adhérentes, qui sont quelquefois le siège de démangeaisons. Toutes ces tumeurs ne donnent pas la même

sensation; les unes sont molles, pâteuses; les autres, plus dures, finement lobulées, rénitentes, élastiques; d'autres donnent la sensation de varicocèle ou d'un paquet de ficelle mouillée; d'autres, enfin, ont la consistance de l'œdème dur.

Quelques-unes ont des limites précises, véritablement encapsulées; les autres ont des contours indécis, et semblent se continuer avec les tissus voisins. Toutes sont plus ou moins douloureuses à la palpation. La peau, à leur niveau, paraît saine; à noter seulement le réseau veineux bleuâtre, très fin, qui la sillonne. Elle adhère très lâchement aux tumeurs, on peut la plisser légèrement, mais si on la déplace, elle entraîne la tumeur avec elle. Les néoplasies sont immobiles sur les plans profonds.

Ces noyaux sont d'autant plus douloureux que le travail du malade est plus pénible. Les bras deviennent plus gros que normalement et les mains comme œdémateuses. Au moindre écart de régime, les douleurs deviennent plus vives. Au moment de leur formation, ces petites tumeurs débutent par un peu de rougeur de la peau et une très légère tuméfaction; puis elles s'accroissent progressivement. La douleur apparaît dès qu'elles s'accompagnent de phénomènes œdémateux.

Pas de troubles mentaux notables.

OBSERVATION II

LOUIS RÉNON et LOUST. — Société médicale des hôpitaux (décembre 1902). — *Lipomatose nodulaire disséminée.*

D. A..., quarante-sept ans, entre à l'hôpital Necker, le 5 novembre 1902, dans le service de M. le Dr Rénon.

Il se plaint de douleurs lombaires et épigastriques suffisamment intenses pour empêcher tout travail.

Il signale aussi l'existence de petites tumeurs douloureuses, mobiles sous la peau, et sur lesquelles aucun des médecins qu'il a consultés n'a pu lui donner d'avis. Il présente les apparences d'une constitution robuste.

Histoire de la maladie actuelle. — Il y a une année, D. A... reçut un coup de timon de voiture dans la région lombaire gauche. Le trauma fut très violent, laissant un endolorissement de la région pendant plusieurs jours, bientôt suivi de l'apparition d'une tumeur mobile « entre cuir et chair », dit notre malade.

Son volume augmenta par poussées douloureuses, et atteint aujourd'hui celui d'une mandarine légèrement aplatie. Cette tumeur mobile, assez dure, resta toujours douloureuse, et empêcha le malade de porter à ce niveau aucun vêtement serré. Moyennant cette précaution, il put continuer ses occupations comme artiste, puis gérant de café. Dès cette époque cependant, il accuse une lassitude générale, et toutes les deux ou trois heures il est obligé de s'étendre sur son lit.

Pendant les années qui suivirent, nous n'avons relevé aucune manifestation morbide.

Mais pendant quinze ans, assez régulièrement, D. A... se livra à des excès alcooliques, à des excès de tabac (40 gr. par jour). Il présente, au niveau de la commissure labiale droite, de larges plaques de leucoplasie buccale.

C'est seulement il y a trois ans qu'apparurent de nouveaux symptômes. Sans cause apparente, le malade ressent des douleurs lombaires, plus accentuées à droite, s'irradiant dans l'hypochondre et la cuisse du même côté;

douleurs spontanées, comparées tantôt à des élancements, tantôt à des fourmillements, tantôt à des brûlures ; douleurs, enfin, exagérées par la pression, par la station debout et par la marche, calmées au contraire par le repos au lit.

Sur le conseil de son médecin, il pratiqua des frictions ; et c'est alors par hasard qu'il s'aperçut que certains points du corps étaient plus douloureux.

Son attention, attirée par cette douleur précise, limitée exagérée par la pression, lui permit de reconnaître l'existence de petites nodosités mobiles, recouvertes d'une peau d'apparence normale.

La première de ces tumeurs se montra à la face antérieure et externe de la cuisse droite. Son volume était à peu près celui d'une *noisette*. Les autres apparurent ensuite, précédées ou accompagnées de phénomènes douloureux, à la face interne des bras, sur le thorax et l'abdomen. L'évolution s'est faite progressivement en trente mois, procédant par poussées, tumeur et douleur semblant toujours en relation directe.

En même temps que ces symptômes physiques et fonctionnels apparaissaient, des troubles psychiques s'installaient, ainsi que des modifications de l'état général.

État actuel. — Le malade, qui était auparavant très actif, laborieux, gai et enjoué, est devenu taciturne et recherche l'isolement. La lecture, qui l'occupait une partie de ses nuits, devient une fatigue après quelques minutes. Il ne peut même pas soutenir une conversation suivie : sa mémoire est altérée depuis les trois dernières années, surtout la mémoire des dates et des noms propres. Il lui arrive fréquemment, après avoir lu son journal, de ne

plus se rappeler ce qu'il vient de lire. Le malade a des idées noires; il parle de se suicider si ses douleurs ne disparaissent pas. Il se plaint de cauchemars la nuit, de rêves professionnels. Il présente un certain degré d'ins-

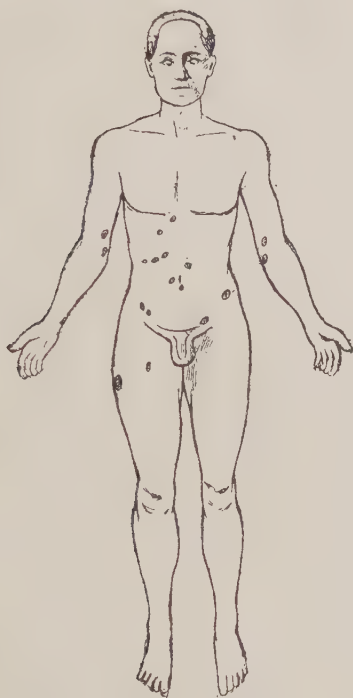


Fig. 1

tabilité mentale. L'appétit sexuel, qui était très développé chez lui, a complètement disparu depuis quatre ans.

On ne note pas de tendance à l'obésité plus accentuée qu'avant le début de l'affection. Au contraire, il a, dit-il, maigri de 7 kilos depuis le début de sa maladie. Il se plaint toujours de maux de tête très violents.

Le corps thyroïde n'est pas perceptible.

Depuis deux ans, le malade a cessé tout travail, vivant seul, s'occupant exclusivement de sa santé.

Il marche lentement, péniblement, un peu courbé en avant, traînant la jambe et donnant l'impression d'être profondément asthénique, bien que sa force musculaire soit conservée à l'examen dynamométrique (45 à gauche, 40 à droite).

L'examen local ne révèle rien à la vue. Il faut que le malade marche, ou que, par la pression avec le doigt, on réveille la sensibilité spéciale qui dépiste les nodules douloureux.

Ils siègent sur la cuisse droite, à la face interne des deux bras, sur le tronc, le thorax et l'abdomen (voir fig. 1).

On en compte actuellement dix-sept. Les avant-bras et les mains, les jambes et les pieds, la face et le cou sont indemnes.

Ces tumeurs sont en dehors des régions lymphatiques, quelques-unes disposées symétriquement, d'autres répandues sans ordre et ne semblant pas en rapport avec un trajet nerveux déterminé.

Leur volume varie de celui d'une *noisette* à celui d'une *noix* ou d'une *mandarine*. Leur forme est légèrement aplatie, quelquefois allongée. Ces nodules sont mobiles sur les plans profonds, la peau qui les recouvre a conservé son aspect normal et glisse facilement sur eux.

Tous sont plus ou moins douloureux à la pression. La tumeur lombaire est celle qui cause le plus de souffrance au malade, en raison de la pression qu'elle subit dans le décubitus dorsal.

Ces douleurs, quelquefois spontanées, sont d'intensité

variable suivant les périodes. A côté de périodes d'accalmies, où on trouve les nodules presque insensibles, nous avons constaté des séries de jours où ils redeviennent très nettement douloureux.

Leur consistance est ferme, assez régulière, un peu lobulée, rappelant celle du lipome. Les plus récents sont moins résistants au doigt que la première tumeur apparue à la région lombaire gauche. Celle-ci, plus volumineuse, semble avoir, par places, une consistance presque scléreuse.

OBSERVATION III

CH. ACHARD et CH. LAUBRY. — *Lobules adipeux péri-malléolaires, chez une obèse (Revue neurologique, 15 juin 1901).*

L..., Augustine, soixante-huit ans, journalière, entre, le 20 mars, à l'hôpital Tenon, salle Laënnec.

La malade chez laquelle la ménopause survint sans troubles, à quarante-cinq ans, fut soignée à cinquante-quatre ans pour des accès fébriles intermittents, accompagnés d'ictère persistant et de douleurs dans la région hépatique.

Depuis cette époque, elle souffre d'oppression au moindre effort et, le soir, ses jambes enflent, l'œdème remontant parfois jusqu'au genou et disparaissant par le repos.

Son état général est bon ; elle offre une certaine tendance à l'obésité, mais les masses adipeuses sont régulièrement réparties, avec cette double particularité qu'elles respectent les extrémités palmaires et plantaires et que

sur les membres inférieurs, au voisinage de la malléole interne, elles ont une disposition lobulée. Ces lobes adipeux sont situés immédiatement au-dessus des deux malléoles, d'une façon symétrique ; leur bord inférieur est net et forme relief au-dessus de la surface osseuse comme bridée par un étranglement aponévrotique. Le bord supérieur se confond, sans ligne de démarcation, avec le tissu cellulaire voisin. Au niveau de ces deux masses, comme sur toute l'étendue des membres supérieurs, la peau est parsemée de varicosités superficielles et d'éruptions érythémato-pigmentées et purpuriques. A la palpation on obtient une sensation de résistance lipomateuse, sans godet œdémateux et, à la pression profonde, on réveille une douleur très vive, alors que la palpation des masses musculaires et des masses graisseuses diffuses des autres régions n'est nullement douloureuse.

Pas de troubles intellectuels.

OBSERVATION IV

EWALD. — *Adipose cervico-abdominale*
(*Berliner klin. Wochenschrift*, janvier 1895).

Homme de quarante-sept ans venant consulter au sujet de son obésité et de la gêne qu'il en éprouvait. Il pesait 98 kilos. Son adipose revêtait un aspect tout spécial, surtout au niveau des bourrelets graisseux qui occupaient la *nuque et les régions pectorale et ombilicale*. Il présentait de légères palpitations et de la dyspnée, surtout lorsqu'il faisait quelque effort musculaire et ressentait aussi des douleurs lancinantes rappelant les douleurs névralgiques.

OBSERVATION V

J. KAPLAN et A. FEDOROV. — *Adipose du ventre et des seins* (*Meditzin Koïe Oboz*, 1902, n° 6).

M^{lle} A. C..., cinquante-six ans, célibataire, fille de fonctionnaire.

Réglée à douze ans jusqu'à quarante-trois ans. Pas de grossesse.

Au commencement de septembre 1901 se sont montrés des douleurs abdominales spontanées à la pression, de l'œdème de la face surtout au niveau du pli génito-labial. Dans le milieu de décembre, *le ventre et les seins* ont augmenté de volume. En six mois la malade a gagné 30 livres. Son état psychique ne présente rien d'anormal.

Elle est examinée le 12 janvier 1902 par Fedorov. C'est une femme de petite taille, bossue ; les cheveux sont blonds, la figure ridée ; elle paraît plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. Elle est très anémique. Les replis naso-labiaux très épaissies ne s'harmonisent pas avec la figure ridée de la malade. On est frappé du contraste entre l'amaigrissement des extrémités et la surcharge grasseuse du ventre et des seins. La palpation des seins donne une sensation de résistance comparable à celle qu'on obtient en palpant les masses grasses d'un cadavre. Le ventre très augmenté de volume, surtout à sa partie inférieure, est douloureux à la pression ; la palpation profonde ne diminue pas, mais n'augmente pas non plus l'acuité des douleurs.

OBSERVATION VI

WILLIAM SPILLER. — *Adipose unilatérale. Report of three cases of adiposis dolorosa (Medical News, février 1908).*

M^{lle} A. B..., âgée de vingt-neuf ans.

Il y a environ sept ans, en se promenant, la malade éprouva une vive douleur dans la voûte du pied droit, elle dura une heure, puis disparut pendant quelques jours. Depuis lors la malade fut sujette à des attaques plus ou moins douloureuses dans le pied droit. Au bout d'un an ou deux un médecin consulté diagnostiqua rhumatisme et prescrivit l'acide salicylique.

Quatre ans après apparut du gonflement au membre inférieur droit à la cheville et juste au-dessus du genou. Les douleurs aussi violentes dans la jambe qu'au pied gênaient considérablement la marche. La malade essaie tous les traitements : électrisation, bains, massage, rien n'y fit, le gonflement n'en persista pas moins englobant tout le *membre inférieur droit* devenu plus volumineux que le gauche. Au contraire, le tronc, les épaules, les bras, la jambe gauche sont très remplis, mais bien constitués et ne donnent pas l'impression d'obésité. Hyperplasie légère au niveau de la région lombaire et de la région fessière surtout formée aux dépens du tissu graisseux. Au niveau de la crête iliaque droite et un peu en arrière on trouve une masse de la grosseur d'une orange donnant au palper une sensation lobulée. Très sensible sans limite bien nette elle se confond sur son pourtour avec le tissu graisseux adja-

cent. La sensibilité à son niveau est telle que la malade ne peut se coucher ni sur le dos ni sur le côté droit. La fesse droite est également douloureuse et la position assise très pénible. Autre masse assez mal circonscrite dans le creux poplité droit. Pas de nodules sur les autres parties du corps sauf une petite tumeur du volume d'une noix à la face interne du bras gauche.

Dans ces différentes tumeurs graisseuses, les douleurs plus ou moins vives ne sont jamais absentes. De temps à autre, exacerbations violentes. Au moment des paroxysmes les néoformations deviennent plus fermes au toucher, plus dures et augmentent de volume. La crise passée, leur dimension devient moindre; cependant, après chaque accès, les tumeurs gardent toujours un développement plus grand que celui qu'elles avaient auparavant. Les muscles et les os sont indemnes; seul le tissu graisseux est intéressé.

L'état général est assez bon, jamais d'hémorragie. Menstruation régulière.

OBSERVATION VII

H. ROGER.— *Adipose généralisée* (Charité, 1904).

Berthe G..., quarante-trois ans, infirmière.

Le début de la maladie remonterait à trois mois avant son entrée à l'hôpital.

Elle remarqua tout d'abord que ses forces diminuaient. Elle n'y attacha pas d'importance et ce n'est que l'apparition des douleurs qui la décidèrent à aller consulter.

Au début, les douleurs, peu intenses, sont comparées

par la malade à des piqûres d'aiguilles. Maintenant, elles sont très vives et très aiguës : coup de marteau, sensation de brûlure ou de déchirure.

L'asthénie est très marquée.

A l'examen, on constate l'hypertrophie générale du tissu adipeux en tous les points du corps. *La répartition de la graisse est régulière*; les membres ne sont pas déformés et ne présentent aucune nodosité. Ils sont peu sensibles au toucher. Le ventre volumineux et étalé est celui d'une personne très obèse.

A la partie inférieure, la peau forme un gros bourrelet au milieu duquel on sent quelques nodosités particulièrement douloureuses. Au niveau de la ceinture pelvienne on remarque également de chaque côté un repli cutané peu marqué, renfermant aussi quelques nodosités.

Les mains et les pieds sont potelés, la face est pleine, un peu bouffie.

Cette diversité d'aspect ne semble pas nuire, dans l'esprit de Vitaux, de Sellerin, à l'autonomie de leur syndrome. Ils se contentent de décrire des formes cliniques correspondant à la disposition de l'adipose : formes nodulaire, diffuse localisée, diffuse généralisée

Comment une telle individualisation clinique n'aurait-elle pas rapidement suscitée des critiques nombreuses ?

Déjà Sainton et Ferrand (1) refusent à la maladie

1. P. Saintonet J. Ferrand. *Mal. de Dercum. Revue générale (Gazette des Hôpitaux, 22 août 1903).*

de Dercum la valeur d'une entité morbide et n'en font qu'un syndrome clinique.

Mais d'autres auteurs discutèrent même l'autonomie de ce syndrome.

C'est ainsi que Chéinisse (1), puis Fulcanis (2) identifient l'adipose douloureuse (forme nodulaire) avec les lipomes symétriques douloureux qui peuvent s'accompagner de phénomènes cérébraux (asthénie, troubles psychiques).

Thimm (3) va même jusqu'à considérer la douleur comme une contingence tout à fait secondaire et ne fait de la maladie de Dercum (forme nodulaire) qu'une variété de la lipomatose circonscrite simple.

Et de fait les limites paraissent bien imprécises, bien factices entre toutes ces affections.

Aussi, en arrive-t-on à la conclusion logique de Miquel (4) : la maladie de Dercum n'est qu'une variété d'une seule et même affection constituant la catégorie des dystrophies cellulaires conjonctivo-vasculaires dans laquelle il fait également rentrer

1. Chéinisse, *L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum* (Semaine médicale, 1903, t. XXIII p. 221).

2. Fulcanis, *La lipomatose symétrique douloureuse et la maladie de Dercum*. Thèse de Lyon, 1904.

3. Thimm, *Adipositas dolorosa und schmerzende symmetrische Lipome* (Monatsh. f. prakt. Dermatol., 1903, t. XXIII, p. 221.)

4. Miquel, *Sur la Valeur nosologique du syndrome de Dercum*. Thèse de Paris, juillet 1904 ;

les différents œdèmes névropathiques de Mathieu, Debove, Dide, Meige.

Mais alors que reste-t-il de la maladie de Dercum ? Imprécise au point de vue clinique, elle n'a pas non plus une pathogénie qui lui soit propre. N'est-ce pas assez pour que quelques auteurs aient mis en doute son existence même (Borde) (1) ?

1. Robert Borde. Thèse de Paris, mai 1907.

ÉTUDE CRITIQUE GÉNÉRALE DES OBSERVATIONS

C'est ainsi, qu'il nous a paru intéressant, de relire toutes les observations publiées, afin d'apprécier, par nous-même, ce qui valait leur réunion dans un même groupement, quelle était leur unité clinique aussi bien que pathogénique.

Or, ce qui saute immédiatement aux yeux, c'est la grande diversité de tous ces faits cliniques, et le besoin se fait immédiatement sentir, de mettre un peu d'ordre dans cet ensemble confus.

La classification, en formes nodulaire et diffuse, ne répond qu'en partie à la réalité.

Deux groupes, nettement tranchés, nous ont paru s'imposer. L'un pourrait répondre à la forme nodulaire, l'autre à la forme diffuse, mais ce caractère différentiel n'est pas absolument tranché, et ce n'est pas sur lui, que repose la différenciation.

Le premier groupe, particulièrement imposant, comprenant plus de 50 observations, à peu près superposables, est composé de formes d'adipose plutôt diffuses, mais ce n'est pas précisément ce caractère

incomplet d'ailleurs qui en fait l'homogénéité, car dans la plupart des cas nous verrons des masses lobulées se détacher de l'adipose diffuse.

Mais il est un caractère qui, à notre avis, n'a pas été assez mis en évidence, c'est la topographie de l'adipose, son aspect segmentaire, sa prédominance à la racine des membres avec cessation brusque de l'adipose en un bourrelet nettement accusé.

Un autre groupe, représenté par 13 cas, répond plus particulièrement à la forme nodulaire, mais ce n'est pas encore tant la forme nodulaire de la lipomatose qui est spéciale, c'est encore sa topographie, nettement différente de celle des cas compris dans le premier groupe.

Dans un dernier groupe, nous mettons les formes atypiques d'adipose douloureuse, plus ou moins éloignées des cas de nos deux premiers groupes; il n'y en a guère qu'une dizaine d'observations: les unes ont quelques ressemblances avec certaines formes voisines d'adiposes partielles telle l'adéno-lipomatose cervicale de Launois et Bensaude, observation d'Ewald (v. plus haut), d'Hallopeau et Boudet [masses des deux côtés de l'occipital et masses en séries dans la région lombaire]; d'autres, par leur généralisation se rapprochent davantage de l'obésité vulgaire (cas de Roger, v. plus haut).

Quel est le lien qui unit ces formes disparates? C'est le quadrigé symptomatique: adipose, douleur, asthénie, troubles psychiques.

Il convient d'en discuter ici la valeur séméiologique. Or, si l'on ne considère que ce groupement de symptômes, sans se préoccuper des caractères spéciaux, que ceux-ci peuvent présenter, la valeur séméiologique de ce quadrige symptomatique apparaît bien vite comme des plus conventionnelles.

I. — *Il se rencontre dans des affections qui ne sont pas des maladies de Dercum.* — Voyons les observations d'adéno-lipomatose. La plupart des neurologistes ne doutent pas qu'il s'agisse bien là d'un syndrome morbide spécial que Launois et Bensaude ont à juste titre isolé. Cependant, certaines de ces observations ne sont-elles pas des adiposes douloureuses? On y signale quelques tiraillements, quelques douleurs passagères.

Dans plusieurs on a noté une sensation générale d'affaiblissement et de fatigue, chez le malade de Launois et Bensaude l'*asthénie* était même très marquée. Et l'*état cérébral*, lui aussi, a été trouvé anormal, tantôt, sous la forme d'irritabilité, tantôt sous la forme d'hypochondrie et d'apathie. Il n'est pas jusqu'aux *fonctions génitales* qui n'aient présenté chez le malade de Dalché comme dans nos observations des modifications notables.

A ne considérer que ce quadrige symptomatique voici donc des observations qui pourraient se réclamer de l'adipose de Dercum. N'empêche que Launois et Bensaude ont cru bon, de les en séparer nettement, pour les réunir en un groupement basé sur la loca-

lisation spéciale, et nous ne sommes pas les seuls, je crois, à penser qu'ils ont eu raison.

II. — *Chacun des symptômes ainsi compris n'a pas de valeur réellement pathognomonique.* — Mais même dans nos observations de maladie de Dercum, ces symptômes sont bien loin de pouvoir être considérés comme pathognomoniques.

Nous n'insisterons pas sur l'asthénie, les troubles psychiques, qui n'ont jamais été considérés que comme assez secondaires (Gilbert-Ballet G. Joffre) (1). Ils ne tiennent pas une bien grande place dans la plupart des observations, et dans combien d'autres adiposes, qui ne sont pas des maladies de Dercum, ne sont-ils pas signalés ?

Pour la *douleur*, sans la considérer avec Thirum comme une contingence secondaire, du moins, nous semble-t-il juste de la signaler dans des affections indiscutablement différentes.

Dans nos observations, on remarquera, qu'adipose et douleur apparaissent rarement simultanément. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'il y a échange de mauvais procédés entre la dystrophie conjonctive sous-cutanée et les lésions nerveuses périphériques. On discute encore, pour attribuer à l'une ou à l'autre la valeur de cause primordiale, la névrite pouvant déterminer le processus adipogène, mais l'adiposité pouvant également être rendue responsable des altérations nerveuses qui se traduisent par

1. G. Joffre, *Maladie de Dercum*. Thèse de Paris, mai 1907.

des phénomènes douloureux, et de fait, c'est tantôt la douleur, tantôt l'adipose, qui est signalée comme symptôme de début. Jusqu'ici, nous ne pouvons conclure de cette association qu'une chose, qu'elle marque une participation plus marquée du système nerveux que dans l'obésité vulgaire (Kaplan et Fedorov), mais cette participation du système nerveux n'est cependant pas exceptionnelle dans cette même obésité vulgaire, et ce n'est pas seulement pour cela que la dystrophie de Dercum mériterait d'en être séparée.

En effet il n'est pas douteux qu'il existe des obésités vulgaires d'origine trophonévrotique (Leven) (1). Et Lamy, considérant comme banales les douleurs au niveau des régions adipeuses chez les femmes obèses à la ménopause, ne pense pas le moins du monde à faire de ces cas un syndrome dystrophique spécial.

Mais ces phénomènes douloureux, qui ne sont pas spéciaux à l'adipose qui nous occupe, ont-ils au moins dans cette adipose des caractères spéciaux ? Nullement ; nous avons déjà dit que, tantôt ils précèdent, tantôt ils surviennent avant l'apparition de l'adipose. Leur intensité, comme leur nature, n'est pas moins variable. Ils sont surtout passagers, leur absence même n'a pas empêché Lenoir et Fuchs de faire de leur cas des maladies de Dercum.

En résumé, les phénomènes douloureux essentiels

1. Leven, *Pathogénie de l'obésité*.

lement subjectifs et variables ne sont pas véritablement constants dans les dystrophies de Dercum ; ils peuvent exister dans d'autres adiposes qui, indiscutablement, ne sont pas des maladies de Dercum : ils ne sauraient donc servir de critérium, de base de classification.

Importance clinique de l'aspect et de la topographie de l'adipose. — Au contraire, il y a un autre caractère qui nous semble bien autrement important, et Dercum le signalait déjà dans sa première définition, c'est la localisation toute spéciale de cette dystrophie graisseuse, qui respecte complètement certains territoires : la face, les extrémités.

Avec l'appui de toutes les observations recueillies, nous insisterons, plus que lui encore, sur l'importance de cette localisation, et nous en préciseront les caractères, pour créer un syndrome dystrophique vraiment autonome.

Caractères différentiels bien marqués de deux types d'observations publiées sous le même nom de maladie de Dercum. — Or, à considérer la localisation aussi bien que la morphologie des masses graisseuses, quel fossé ne voyons-nous pas séparer les observations de lipome nodulaire de notre second groupe, (cas Vitaut (obs. I), Renon et Louste (obs. II), etc.), de celles d'adipose segmentaire diffuse du premier (cas Achard et Laubry (obs. XXV), etc.). Dans les deux cas, certes, nous sommes en présence d'un processus adipogène, mais c'est tout ce que l'on peut dire.

Dans l'un, en effet, l'adipose est diffuse, occupant tout un segment de membre. Dans l'autre, c'est une lipomatose circonscrite nodulaire, les nodules étant de petites dimensions (noix, amandes). L'adipose diffuse prédomine à la racine des membres : face postérieure des bras, cuisses. La lipomatose nodulaire est plus spécialement signalée aux avant-bras, sur le tronc, les cuisses et les jambes.

Au point de vue étiologique, les rapports de l'adipose segmentaire avec des troubles génitaux sont à peu près constants. Ils le sont bien moins dans la lipomatose nodulaire où l'on signale davantage l'influence du traumatisme ou de phénomènes névritiques, alcooliques ou autres. L'influence du sexe est également moins marquée.

Une morphologie aussi dissemblable et une étiologie si souvent différente ne suffisent-elles pas à différencier deux syndromes.

Rapports plus étroits des formes nodulaires de la maladie à Dercum avec des affections voisines (lipomatose discrète de Roch) qu'avec la forme diffuse. — Comparons au contraire les observations de cette même lipomatose nodulaire douloureuse à celles de lipomatose discrète de Roch (lipomatose multiple indolore).

La seule différence, c'est la présence, dans un cas, l'absence, dans l'autre, de phénomènes douloureux, et encore, ne voyons-nous pas signalés dans les cas de Krohn (thèse de Paris (obs. XVI), et de Potain

(obs. XIX), rangés par Roch dans sa lipomatose discrète, des sensations prurigineuses et douloureuses au niveau des nodules adipeux.

En revanche, n'est-on pas frappé par la similitude d'aspect de ces nodules adipeux, par leur localisation si semblable, avec prédominance aux avant-bras et aux cuisses.

Le nombre des cas, sur lesquels nous nous appuyons, nous empêche de croire qu'il s'agit là d'un pur effet du hasard.

^m
**Lipomatoses douloureuses
nodulaires des avant-bras et des cuisses
(Formes nodulaires de Vitaut)**

(Obs. I, Roux et Vitaut) (voir plus haut)

OBSERVATION VIII

GALLAND et GARAND (Thèse Vitaut, Lyon, 1901).

Femme B..., quarante-huit ans, toujours bien réglée sauf depuis deux ans. Attaque de rhumatisme il y a dix-neuf ans. Pas de syphilis.

Depuis l'âge de trente ans, cette femme présente des tumeurs multiples sur l'avant-bras gauche.

Examen, 1901. — Sur l'avant-bras gauche : trois tumeurs de la grosseur d'une pêche, sur le trajet du long supinateur ; une tumeur de la grosseur d'une noisette sur le trajet de l'artère radiale, une autre tumeur en dedans de

la première; au-dessous de l'épitrôchlée, une tumeur bilobée, du volume d'une orange, gênant beaucoup les mouvements. Une dizaine de tumeurs, du volume d'un petit pois à celui d'une noisette, sont échelonnés sur le trajet du muscle cubital antérieur. A la face postérieure de l'avant-bras gauche, on trouve une dizaine de petites tumeurs à relief peu accusé.

Sur l'avant-bras droit, les tumeurs n'ont fait leur apparition que depuis quatre ans. On en trouve cinq petites sur le trajet de l'artère cubitale antérieure, une sur le trajet du médian, une autre à 4 centimètres au-dessus du poignet, cinq petites sur le bord interne de l'avant-bras, deux sur le milieu de la face postérieure. Toutes sont plus petites que celles de l'avant-bras gauche; seule une tumeur du bord interne a le volume d'un haricot.

La consistance de ces tumeurs se rapproche bien plus de celle du lipome que de celle du fibrome. Ni pigmentation, ni éruption, ni rougeur. Pas de douleurs sur le trajet des gros troncs nerveux, mais crampes douloureuses dans les avant-bras, envahissant indistinctement toutes les parties du membre.

État général excellent; malade grande, forte, très active : aucun symptôme d'asthénie.

Après une médication thyroïdienne, elle a perdu la plus grande partie de son embonpoint; les tumeurs ont beaucoup diminué de nombre et de volume. A droite, tout est à peu près disparu. Il faut appuyer fortement le pouce le long de l'avant-bras pour sentir quelques grains de la grosseur d'une lentille. A gauche, même sensation pour les tumeurs qui, autrefois, avaient le volume d'une noisette.

Celles qui avaient le volume d'une pêche sont déprimées, aplaties et réduites au 1/6 de leur grosseur.

Jamais de tumeur ni aux mains, ni aux pieds, ni à la face, ni au cou. Petite néoplasie de la grosseur d'une noix à quatre travers de doigt au-dessus du genou droit.

OBSERVATION IX

Clinique de M. le professeur DEBOVE (Beaujon).

Catherine P..., soixante-neuf ans, marchande des quatre-saisons, entre à Beaujon pour des accidents de bronchite chronique et c'est là qu'on s'est aperçu de la présence de tumeurs superficielles.

Ce sont des masses, faisant saillie sous la peau, particulièrement au niveau des bras, où elles sont le plus développées; recouvertes par une peau saine, elles n'adhèrent pas aux parties profondes. Elles atteignent là, les dimensions d'un œuf de pigeon; les plus petites ont la dimension d'une grosse lentille, d'autres ne font pas saillies à l'œil, mais sont perçues par la palpation. Leur consistance est élastique plus que celle d'un lipome et moins que celle d'une tumeur fibreuse.

Topographie. — Aux membres supérieurs, tout le membre est occupé par ces saillies. Leur nombre ne permet pas de les compter.

C'est au niveau des *avant-bras* qu'elles sont les plus nettes; elles sont bien limitées. Les mains en sont complètement indemnes.

Au niveau des bras, les tumeurs sont bien moins nombreuses; elles présentent les mêmes caractères et sont

symétriques. Au thorax et à l'abdomen, il en existe quelques-unes qui ne sont accessibles qu'à la palpation. Aux membres inférieurs, il n'existe qu'une tumeur volumineuse, d'aspect lipomateux et de la dimension d'un œuf de pigeon, au niveau du tiers inférieur de *la cuisse*.

A un premier examen, P... disait que ces tumeurs n'étaient *pas douloureuses* et que la sensibilité avait été exaltée par les investigations multiples, mais aujourd'hui ces tumeurs sont également douloureuses, même à une faible pression. Il n'y a pas de douleurs spontanées.

OBSERVATION X

ESHNER. — *A Case of adiposis dolorosa (The Journal of the American Medical Association, 12 novembre 1898).*

Une femme de trente-six ans, mariée, bien portante, est projetée d'une voiture, à la suite d'une collision, et perd connaissance.

Sur *l'avant-bras gauche*, on découvre sept ou huit petites tumeurs, d'un volume qui varie entre celui d'une noisette et celui d'une noix, très molles au palper, et constituées, en apparence, de tissu graisseux. Leur palpation cause de très vives douleurs; la malade ne s'est aperçue de leur présence, que six semaines environ après l'accident. Depuis lors, elles sont devenues de plus en plus volumineuses et douloureuses.

Un autre examen, neuf mois après, a permis de constater que les masses douloureuses sur le bras gauche, persistent sans modification appréciable. En outre, ont apparu, sur la partie inférieure du dos et de la région sacrée, des

tumeurs molles et douloureuses au palper comme les premières, mais plus volumineuses qu'elles.

OBSERVATION XI

LOUIS RÉNON et JEAN HEITZ. — *Adipose douloureuse avec arthropathies multiples (Revue neurologique, 1901, p. 704).*

M^{me} S..., soixante ans, se souvient très bien de l'apparition des tumeurs adipeuses, quelques mois après sa huitième couche, il y a vingt-quatre ans. Les douleurs n'ont pas précédé l'apparition des tumeurs, mais à mesure qu'elles augmentaient de volume, elles devenaient sensibles au plus léger contact et même spontanément. Elles ont paru d'abord à *l'avant-bras gauche*; un peu plus tard, à *l'avant-bras droit* et à la partie inférieure des deux bras; plus tard encore, à la face antérieure de la *cuisse droite*, Elles ont grossi pendant un an, puis sont restées stationnaires. Les douleurs, très vives à cette époque, se sont atténuées depuis.

Depuis la ménopause, survenue à cinquante-trois ans, il n'apparut plus de nouvelles tumeurs et les anciennes n'augmentèrent plus de volume, mais la malade commença à souffrir dans les articulations des mains, dans les genoux, les coudes, les chevilles.

Actuellement on constate :

Aux membres supérieurs : à gauche, cinq masses adipeuses, du volume d'une grosse noix, à l'avant-bras, une sixième plus grosse et plus diffuse à la partie inférieure du bras. Directement sous-cutanées elles sont élastiques;

rénitentes. Elles ne causent plus de douleurs qu'à une pression un peu forte ou au changement de temps ; à droite, on note, à la partie externe du coude, un noyau adipeux assez dur, au-dessus duquel commence une infiltration diffuse du bord postérieur du bras jusqu'à l'aisselle et où la pression éveille une sensation pénible.

Aux membres inférieurs, on note seulement un noyau adipeux sur la face antérieure de la cuisse droite.

OBSERVATION XII

J. Roux (de Saint-Étienne). — *Maladie de Dercum et goitre exophtalmique (Revue neurologique).*

M^{me} M. G..., âgée de cinquante-trois ans, s'est aperçue de son goitre il y a quinze ans : l'examen objectif nous révèle tous les signes classiques de la maladie de Basedow.

La malade attire notre attention sur de petites tumeurs de *l'avant-bras*, dont elle s'est aperçue depuis quelques semaines. Sur les deux avant-bras nous trouvons une quinzaine de petits lipomes encapsulés, absolument semblables à ceux qui s'observent dans la forme nodulaire de la maladie de Dercum. A l'exception d'un seul qui est mou, pâteux, œdémateux, un peu douloureux, tous semblent arriver au stade d'organisation définitive scléro-adipeuse. Ces tumeurs s'accompagnent d'une douleur légère quand le malade fait un effort.

OBSERVATION XIII

M. le professeur agrégé PIC (Société des Sciences
médicales. Lyon, 1904).

F. E..., cinquante-quatre ans, présente un état d'adipose généralisée et diffuse, coïncidant avec de nombreuses zones d'hyperplasie adipeuses localisées sous forme de nodules lobulés, à contours nets, à consistance dure, mobiles sur les plans profonds, mais adhérents aux plans superficiels. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une mandarine. Ils prédominent aux *avant-bras et aux cuisses*. La pression à leur niveau semble *indolore*, autant que permet de s'en rendre compte l'obnubilation profonde dans laquelle est le malade.

Lipomatoses discrètes de Roch

Roch dans son travail a réuni 27 observations de ce type. Toutes ont une telle unité d'aspect et d'évolution qu'il nous suffira d'en rapporter quelques-unes pour montrer combien les formes nodulaires de la maladie de Dercum que nous venons de présenter méritent d'en être rapprochées.

OBSERVATION XIV

SMITH. — *Multiple lipomata* (*British med. Journ.*,
1881, I, p. 193).

Homme de soixante-deux ans atteint d'eczéma. En l'examinant on découvre de nombreuses petites tumeurs de la

grosseur d'une *noix* à celle d'une *orange*. Elles ne sont pas douloureuses, elles sont mobiles dans le tissu connectif ; elles siègent aux *avant-bras* et aux bras : douze à droite, treize à gauche. On constate des tumeurs semblables, mais plus petites sur les parties antérieures et internes des *cuisse*s. Il en existe aussi trois sur l'abdomen. Ces tumeurs se sont développées très lentement sans causer de gêne, ni de douleur. Le patient affirme qu'il se les connaît depuis quarante ans.

OBSERVATION XV

PRITCHARD. — *Multiple lipomata* (*Ibid.*, p. 271).

Un patient (sans indication de sexe ni d'âge), entré à l'hôpital pour fracture de jambe, se trouve être porteur de dix petites tumeurs lipomateuses, symétriques. Ces tumeurs existent depuis plus de vingt-cinq ans, sans modifications si ce n'est qu'elles ont diminué récemment avec l'amaigrissement général. Elles siègent : à l'insertion du deltoïde, au niveau du condyle interne de l'humérus, à l'*avant-bras*, à la partie antérieure de la *cuisse*.

OBSERVATION XVI

KROHN. — *De l'Arthritisme; les Lipomes sont-ils d'origine arthritique*. Thèse de Paris, 1885-1886, t. X.

Femme de soixante-cinq ans, couturière, arthritique, souffrant d'obésité et de colique néphrétique. Elle a vu apparaître à trente-quatre ans à la suite de *sensations prurigineuses* des tumeurs sur les *avant-bras* ; actuel-

lement ces tumeurs sont surtout développées dans la région cubitale où elles sont confluentes ; elles prédominent du côté droit. A l'âge de quarante-neuf ans la malade a constaté des tumeurs semblables, mais en plus petit nombre sur les *cuisses*.

OBSERVATION XVII

MEERBECK. — *Ueber multiple Lipome* (Dissert. Inaug., Würzburg, 1887).

Commerçant de cinquante ans, porteur d'un lupus nasal. A neuf ans il remarque de petites tumeurs sur les *avant-bras* et bientôt après sur les *cuisses*. Elles se développent lentement sans causer de gêne, ni de douleurs. Actuellement on constate deux lipomes sur chaque avant-bras, gros comme des œufs de poule et cinq sur chaque cuisse.

OBSERVATION XVIII

MEERBECK. — *Ibid.*

Conducteur de trains, intelligent, souffrant de varices. A l'âge de treize ans il remarque quelques petites tumeurs sur les *avant-bras* ; quelques années plus tard il en survient aux bras et aux *cuisses*, il en existe aussi une asymétrique au mollet. Ces tumeurs ne sont pas douloureuses, mais, quoique de petit volume, elles gênent le malade pour l'exercice de sa profession. On procède à l'extirpation des plus mal placées, ce qui permet de constater que ce sont des lipomes simples.

OBSERVATION XIX

POTAIN. — *Note sur une variété de tumeur lipomateuse intermédiaire entre le pseudo-lipome et le lipome vrai (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris, 1891, p. 371.)*

Il s'agit d'un vieillard hospitalisé pour « quelques troubles de santé assez insignifiants, mais qui présentait en outre sur tout le corps un nombre considérable de petites tumeurs, dont le volume variait de celui d'une *noisette* à celui d'une petite *pomme d'api*. Ces tumeurs siégeaient toutes dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérer en aucune façon à la peau, celle-ci ne présentant d'ailleurs aucune modification appréciable à leur niveau. Toutes étaient régulièrement arrondies. Leur consistance était élastique, mais un peu inégale ; pour les plus petites en général assez ferme ; pour les plus grosses relativement un peu molles. En somme ces tumeurs présentaient toutes les apparences de petits lipomes multiples. Le malade ne pouvait donner aucun renseignement précis sur le mode, ni sur l'époque exacte de leur formation. Il se les connaissait pour la plupart depuis longtemps ; mais sa santé générale n'en paraissait nullement atteinte. Il était arthritique... » Ces tumeurs restaient stationnaires, lorsqu'un jour, ayant séjourné au jardin par un temps frais et humide, le malade ressentit *une douleur intense à la partie interne de la cuisse droite* ; le lendemain on constatait à cet endroit une *tumeur* nouvelle grosse comme une orange, indolente ; le jour suivant elle avait diminué d'un tiers. Au moyen du harpon de Duchenne il fut possible de constater que cette

tumeur était constituée par des cellules adipeuses volumineuses, comme boursoufflées. A l'autopsie les autres tumeurs se trouvèrent être des lipomes ordinaires.

Adiposes douloureuses segmentaires rhizoméliques

OBSERVATION XX

HENRY. — *Myxœdématoïd dystrophie* (*The journal of Nervous and mental Disease*, mars 1891).

Ellen V..., soixante-trois ans.

Antécédents personnels. — Crises convulsives dans l'enfance.

Réglée à onze ans, régulièrement, jusqu'à trente-cinq ans ; à cet âge, la menstruation cesse brusquement ; les règles étaient abondantes, mais indolores.

Vers quarante-huit ans, elle eut plusieurs côtes du côté gauche brisées d'un coup de poing.

Maladie actuelle. — La maladie a commencé vers quarante-neuf ans. La première chose qu'observa la malade fut une sensation de froid aux genoux, suivie d'une enflure qui augmenta graduellement. D'abord, elle crut que l'enflure était due à ce qu'elle engraissait, mais, plus tard, elle fut étonnée de voir qu'il y avait une masse localisée à la face interne de chaque genou. En même temps, elle éprouvait des douleurs sourdes dans les parties atteintes. Plus tard, le *bras droit* fut pris, une masse poussant sur le côté externe du triceps. L'augmentation de volume du corps ne lui permettait plus de lacer son

corset. La sudation était supprimée sauf au moyen de bains turcs. Divers modes de traitement (injections de chloroforme dans les tumeurs) n'ont eu aucune efficacité sur la maladie.

Vers cinquante-neuf ans, apparut un léger gonflement dans la région épigastrique; il avait la forme des seins, mais depuis il a envahi tout l'abdomen. Du genou, le processus s'étendit aux *cuisses*, donnant naissance à de grosses masses sur leur face externe et sur la *hanche*. Pas de gonflement à la figure; il semble à la malade que les tissus du cou deviennent plus pleins.

La douleur n'a jamais été un caractère bien marqué de la maladie; toutefois, à diverses périodes, la malade a souffert de crises douloureuses siégeant dans les tissus gonflés ou suivant les membres.

L'examen de la sensibilité, fait par le Dr Charles Walter montre seulement :

Une sensibilité généralement diminuée et paresseuse. Les modifications de la sensibilité semblent dépendre entièrement de l'épaisseur du tissu sous-cutané; les changements étaient d'autant plus marqués qu'il y avait plus de graisse. Dans les régions peu envahies par l'adipose (au niveau des mains et des pieds par exemple), la sensibilité, quoique diminuée, était meilleure.

Les mensurations montrent une asymétrie marquée dans le développement des deux moitiés du corps, avec prédominance des diverses circonférences des membres supérieur et inférieur droits, sur celles correspondantes des membres gauches.

Passant dans le service du professeur Dercum et questionnée par lui Ellen V... raconta que le gonflement s'était

montré d'abord d'une façon très asymétrique beaucoup plus encore sur la fesse et la cuisse droite pour gagner le côté gauche où il atteignait bientôt un volume identique. Plus tard, l'enflure envahit *l'épaule gauche*, le dos, les flancs, atteignant rapidement des dimensions considérables. A un examen rapide, la malade donnait l'impression d'une femme très obèse, mais une étude plus attentive montrait bientôt que la graisse était irrégulièrement distribuée. Au niveau des genoux où elle était apparue en premier lieu, elle était irrégulière, granuleuse, donnant au toucher une sensation élastique ne gardant pas l'empreinte du doigt. A ce moment les douleurs n'étaient pas très vives, mais souvent la malade ressentait un élanacement douloureux, surtout dans les masses adipeuses de l'Épichondre droit. De plus la malade se plaignait de sensation de brûlure à la face interne de la joue droite et sur les bords de la langue, bien que les muqueuses ne présentassent rien d'anormal.

La malade était très faible et ne se déplaçait que difficilement dans son lit.

L'examen de la sensibilité confirme en général les résultats du Dr Henry, sauf pourtant, que certaines zones étaient anesthésiées d'une façon absolue.

Un an plus tard, le tissu sous-cutané avait augmenté de façon notable, les avant-bras droit et gauche avaient augmenté respectivement de $1\frac{3}{8}$ et $1\frac{7}{8}$ de pouce. Les bras de 2 et $1\frac{1}{2}$ de pouce. Cet accroissement était général. La malade se plaignait de céphalée. Son facies était coloré et souffrait beaucoup de dyspnée cardiaque, symptôme désolant par sa persistance. L'examen des yeux fut négatif. Rien d'anormal dans les urines. Transpiration

peu abondante. La figure ne participait pas au gonflement. Les cheveux n'étaient pas très épais. Pas de difficulté pour s'exprimer. *Pas de troubles mentaux.*

La malade resta deux semaines dans un état stationnaire, mais bientôt sa dyspnée augmenta ; le pouls déjà mou et dépressible devint irrégulier et intermittent. Après quelques alternatives d'amélioration, les pieds, les mains et la face se cyanosèrent et la malade mourut le 22 décembre 1891 de congestion et d'œdème pulmonaires.

Autopsie.— Poumon droit œdématié adhérent à la plèvre pariétale.

Poumon gauche également œdématié, présente de la congestion hypostatique *post mortem* ; les deux cavités pleurales renferment un excès de liquide ; 6 à 8 onces de liquide dans le péricarde.

Cœur : 27 onces, cavités droites dilatées avec épaissement des parois ; cœur gauche hypertrophié ; un peu de surcharge graisseuse surtout sur le ventricule droit.

Dans la paroi abdominale, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané a 3 pouces d'épaisseur. Environ une pinte de liquide ascitique dans le ventre. Estomac dilaté. Foie, rate, reins, vessie normaux.

Glande thyroïde petite, indurée et infiltrée de matières calcaires dans les deux lobes.

Ovaire droit kystique, hydrosalpinx à gauche (environ 6 onces de liquide). Utérus un peu gros.

OBSERVATION XXI

MORLOT et GALLOIS. — *Adipose localisée d'origine tropho-névralgique* (*Bourgogne médicale*, mars 1894).

C..., quarante-huit ans, manouvrier.

De constitution faible, notre malade arrive jusqu'à vingt ans sans maladies ; de vingt à trente ans, il a trois fluxions de poitrine ; puis plus rien jusqu'en février 1891, époque à laquelle il est admis à l'hôpital pour un gonflement des *bras et des cuisses*, analogue à celui qu'il présente aujourd'hui, autant qu'on peut s'en rendre compte par une photographie prise à cette époque. Après quelques mois de séjour, il sort guéri et peut continuer son travail pendant deux ans. En août 1893, il rentre à l'hôpital, porteur sur les deux jambes d'une poussée d'eczéma dont on voit encore les traces.

Mais ce qu'il y a de plus saillant dans son état, c'est un *gonflement symétrique des deux bras* (à *forme conique dont la base serait tournée vers l'épaule*) ; un gonflement analogue existe *aux cuisses, aux hanches*, et a existé en 1891 aux *mamelles*. Au toucher, ces tuméfactions donnent la sensation d'un tissu de consistance non homogène ; on y perçoit des granulations assez dures, de volume inégal et disséminées dans une gangue adipeuse, située au-dessus de la peau et en dehors des muscles ; on note dans les régions qui sont le siège du gonflement : une rougeur diffuse permanente qui s'étend à la poitrine et au dos. Cette rougeur disparaît momentanément à la pression ; nous trouvons de plus l'existence de signes dermatographiques ;

la peau de la poitrine, par exemple, laisse subsister pendant plus d'une heure toutes les impressions qu'elle reçoit.

Il existe dans les régions gonflées de l'hyperesthésie, des picotements et une sensation de chaleur intense, fourmillements dans les pieds, douleurs le long de la colonne vertébrale. Disséminées sur le corps, on trouve des plaques d'anesthésie : un peu d'anesthésie du pharynx.

Plus tard on constate un tremblement à oscillations courtes et fréquentes, qui entrave les mouvements, surtout aux membres supérieurs. Ce tremblement est intermittent et se produit dans le sens vertical, aussi bien au repos que pendant les mouvements qui ne le modifient pas. Les réflexes tendineux sont légèrement exagérés, les muscles réagissent assez bien à l'électrisation ; les forces sont diminuées (32 et 30 au dynamomètre). Pas de troubles dans la marche, ni dans la station debout, les yeux fermés. Le malade est nerveux, impressionnable, pleure facilement ; il est inquiet, avec tendance à l'hypochondrie ; dort très peu depuis longtemps.

Rien dans les autres organes, poumons, cœur, reins, foie, tube digestif ; le malade mange d'assez bon appétit et n'a pas maigri. A noter toutefois une *atrophie congénitale des testicules* ; pas d'alcoolisme.

OBSERVATION XXII

A. ESHNER. — *A Case of adiposis dolorosa* (*The Journal of the American Medical Association*, 12 novembre 1898).

M. Q..., quarante-huit ans, mariée, admise le 6 juin 1896 à l'hôpital de Philadelphie. Elle nous a donné les renseignements suivants : La mère, fort obèse, morte à quatre-vingt-six ans. Le père et un frère tués à la guerre. Un frère, l'aîné de tous, et une sœur en bonne santé ; tous deux gras, sans exagération. Une sœur morte à soixante ans très obèse. Une grand'mère maternelle aurait également été⁶ très grosse. Elle a souffert, à quatre reprises différentes, d'érysipèle des membres inférieurs ; d'abord à trente-neuf ans, puis six ans plus tard, la dernière fois, un an avant notre examen. A eu cinq enfants, tous accouchés au forceps. Une fille de vingt-trois ans est obèse.

Réglée à treize ans, assez régulièrement et sans douleur, jusqu'à quarante et un ans. Depuis lors, jusqu'à la ménopause, règles fréquentes, se signalant par de véritables hémorragies. Depuis l'âge de trente-cinq ans, elle est très affaiblie par le surmenage physique et divers chagrins.

A une date qu'elle ne peut déterminer, elle a remarqué une augmentation du volume du ventre, qui gagne les membres inférieurs et s'étend progressivement à tout le corps, sauf le visage, les mains et les pieds. En même temps douleurs intenses dans le dos, surtout aux régions sacrée

et interscapulaire ; ces douleurs sont intermittentes et localisées surtout au niveau des parties tuméfiées. Depuis plus de deux ans, douleur pulsatile continue dans la tête, avec bourdonnements d'oreille. Pas de vertige ; acuité auditive parfaite. L'appétit est resté bon, sans prédilection pour certains aliments. De temps en temps, nausées et vomissements, parfois sanglants. Depuis plus d'un an, la malade, obligée de garder le lit, est sans ressources. Depuis son entrée à l'hôpital, elle est incapable de bouger et de s'aider en quoi que ce soit.

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. Au moment de son entrée, la figure n'est pas plus pleine que celle d'une femme ordinaire. La circonférence est de 17 pouces au cou, de 60 pouces au buste, de 53 à la ceinture, de 70 à l'abdomen, de 21,5 au bras un peu au-dessus du coude.

En juin 1897, les mains sont de dimension normale. La circonférence de l'avant-bras au-dessus du poignet est de 7 pouces 25, celle du poignet au-dessus de l'apophyse styloïde de 6 pouces 1/2. Au coude, plis très prononcés sur les faces dorsale et palmaire. Un pouce au-dessous du pli de flexion, la circonférence est de 13 pouces 75 à droite, de 12 pouces 1/2 à gauche. Sous les aisselles, poils peu abondants. A sa partie moyenne, le bras offre comme circonférence 16 pouces 1/2 à droite et 16 pouces à gauche. *L'extrémité supérieure du bras a l'aspect d'un cône, à base au niveau de l'épaule.* Le cou n'est pas très gras.

Les seins sont larges et volumineux bien qu'aplatis. Le droit est plus volumineux et de couleur plus foncée. Les tubercules aréolaires sont très marqués. La circonférence du tronc est de 41 pouces à la ceinture et de 59 pouces au

milieu du sacrum. La distance de l'olécrane à l'apophyse styloïde mesure 10 pouces, celle de l'acromion à l'olécrane, 13 pouces 75. La circonférence du milieu de la cuisse est de 31 pouces. La jambe a 17 pouces 1/2 à sa partie moyenne. Le pied droit 9 pouces 75, le gauche 10 pouces 25. La peau est tachetée, cyanotique sur le côté droit du corps, sur lequel reposait la malade. Bruits du cœur bien frappés. La langue est large, fissurée, animée de tremblements; elle aurait toujours présenté le même aspect. Les oreilles sont restées normales.

On ne peut pas sentir la glande thyroïde. Les cheveux sont doux, onctueux au toucher. La peau est également douce et la transpiration parfaitement normale. Au toucher, les masses graisseuses donnent la sensation de paquets de ficelle; elles s'assouplissent sous les doigts.

Divers traitements n'ont produit aucun effet appréciable. Par deux fois, on a prescrit chaque jour cinq pilules d'extrait thyroïdien que la malade a refusé de prendre quelques jours après, croyant qu'on voulait l'empoisonner. Elle a eu d'ailleurs un peu plus tard des hallucinations qui ont nécessité son internement dans un asile d'aliénés.

OBSERVATION XXIII

WILLIAM SPILLER. — *Medical News*, février 1898.

M. A..., célibataire, entre le 25 novembre dans le service du Dr Dercum.

Antécédents héréditaires. — Une sœur devenue très grasse à la ménopause est morte asthmatique.

Antécédents personnels. — Aucun antécédent pathologique. Pas d'excès alcoolique.

Ménopause à quarante ans. Elle avait toujours été mince, elle commence à grossir à ce moment. Après douze ans de travail dans une buanderie des douleurs se firent sentir aux talons, surtout pendant la marche. Ces douleurs s'étendaient aux jambes paraissant siéger à la fois dans le tissu et dans les articulations ; bientôt les hanches et l'épaule droite furent atteintes.

Il y a deux ans (1894) douleurs dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres et du tronc, présentant parfois de violentes exacerbations. L'embonpoint s'accrut violemment après le début des douleurs. La pression superficielle des bras, des cuisses, des jambes, des fesses, de la région lombaire et du dos est douloureuse. La douleur ne suit pas le trajet des troncs nerveux. Pas de zone d'anesthésie ; la chaleur et le froid sont fort bien perçus. Un peu de faiblesse musculaire. Réflexes rotuliens normaux. Pas de déviation de la langue. Les pupilles égales réagissent bien. La malade accuse de la céphalée et des douleurs dans la hanche gauche pendant la marche depuis trois ans. Rougeur anormale du front.

Les dépôts graisseux sont très volumineux sur les cuisses, l'abdomen, les mollets, les reins, le dos et les bras moins accusés sur les avant-bras. Pas trace de néoformation ni de douleur aux pieds, ni aux mains, ni à la face, ni au cou. On ne trouve pas de nodules graisseux nettement circonscrits.

Le corps thyroïde est très atrophié.

OBSERVATION XXIV

HALE WHITE. — *A Case of adiposis dolorosa*
(*British medical Journal*, 2 décembre 1899).

A. F..., âgée de vingt-deux ans, admise le 29 juillet 18... à l'hôpital Guy, service du D^r Hale White. D'après les renseignements fournis par le D^r Colmer de Yéovil, ses parents étaient syphilitiques ; elle-même est en puissance d'une syphilis congénitale. Différents troubles mentaux chez les grands-parents maternels.

Histoire personnelle. — C'est vers l'âge de *onze ou douze ans*, que la malade commence à grossir. La tuméfaction se limite d'abord aux jambes, un peu au-dessus des malléoles. A cette époque, douleurs très vives à la région épigastrique, continues, rongeantes, piquantes, indépendantes des repas. Douleur analogue pénible à la région sacro-lombaire ; au bout d'un an, toutes les parties du corps avaient augmenté de volume, si bien qu'à treize ans, la malade pesait 20 stones (1). Vers le même âge, tuméfaction fluctuante au cou, par où s'écoula, pendant plusieurs semaines, un liquide brun foncé.

C'est vers l'âge de quinze ans, que l'intellect commence à être atteint. La malade, très agitée, n'avait plus conscience de ses actions.

Guérison après plusieurs semaines ; toutefois, la malade n'a gardé aucun souvenir de cette période de sa vie. Depuis, elle a eu plusieurs attaques du même genre,

1. 20 stones : 126 kgr. 980.

moins l'agitation. Au moment de ces attaques, qui durent au moins une semaine, son état mental est celui d'un enfant (elle s'amuse avec des jouets, etc...). L'année dernière, les intervalles où l'intelligence reste complète, n'ont guère dépassé quinze jours ; les attaques devenaient très fréquentes. Caractère épileptiforme de la crise au début, avec perte de connaissance, chute, puis convulsions.

A vingt-neuf ans, le poids était encore de 20 stones. Depuis le début de sa maladie, elle n'a jamais cessé de ressentir des douleurs dans le ventre, les lombes, les yeux et les membres ; douleurs extrêmement vives, tenant la malade éveillée la nuit. Elles ne siègent qu'à une seule place à la fois, durant plusieurs heures, pour disparaître un jour ou deux.

Les périodes de troubles mentaux sont précédées de douleurs vives dans la tête, dans les yeux, et suivies de douleurs abdominales. Réglée à douze ans ; intervalles des règles de cinq à six semaines. Transpirations abondantes. Soif intense.

État actuel. — Volume énorme de toutes les parties du corps, sauf les mains, les pieds, le cou et le visage. Poids : 19 stones $1/2$. De grosses masses de graisse sous-cutanée pendent en arrière des membres, surtout *aux bras* et *aux cuisses*. Infiltration diffuse, d'ailleurs, sur tout le pourtour des membres, ne gardant pas l'empreinte du doigt. La figure, assez ronde, a un volume insignifiant comparativement au corps. Cheveux très longs, non cassants ; cils et sourcils normaux. La peau est de coloration normale, formant sur le ventre des brides qui limitent de véritables rouleaux de graisse, Elle est mobile partout.

Les mains et les pieds sont petits.

L'urine est normale.

La sensibilité au toucher, à la température et à la douleur est affaiblie sur tout le corps. En certains points même, la malade ne sent pas la piqure d'une épingle et ne peut distinguer une eau froide d'une eau chaude. Les masses graisseuses sont tellement douloureuses que la moindre palpation est intolérable. Faiblesse musculaire excessive : quelques degrés seulement au dynamomètre. Marche très difficile. Les réflexes rotuliens et plantaires sont abolis, ce qui peut tenir à une faiblesse sheer.

Différentes mensurations ont été prises : circonférence au niveau de l'ombilic, 50 pouces ; sous les aisselles, 40 pouces $3/4$. Le bras gauche mesure 20 pouces, le droit 20 pouces $1/2$.

OBSERVATION XXV

CH. ACHARD et LAUBRY. — *Adipose douloureuse et segmentaire rhizomélisque* (*Revue neurologique*, 1901), et M. le professeur DEBOVE. — *Id.* Clinique de Beaujon (*Presse médicale*, 1901).

Catherine L..., soixante-dix-neuf ans, entre, le 6 mars 1901, à l'hôpital Tenon.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à vingt-trois ans. Pneumonie à trente-huit ans.

Il y a quinze ans, à la suite d'une chute provoquée par une violente émotion, elle entre à l'hôpital Tenon pour une contusion de la hanche. A la suite de cet accident, elle eut des *métrorragies* qui survenaient irrégulièrement toutes les trois semaines environ, durant deux ou trois

jours, *comme les règles*, et qui ont cessé au bout de trois ans (la ménopause s'était faite à quarante-huit ans).

En même temps, la malade commença à ressentir des douleurs, d'abord localisées à la cuisse (pas avant d'avoir subi le traumatisme), puis à la région lombaire et qui, peu à peu, se sont généralisées, affectant surtout l'extrémité des membres. Elles étaient continues avec de courts paroxysmes, mais elles restaient compatibles avec la marche et les occupations de la malade. Il y a six mois, les douleurs sont devenues plus vives, s'exacerbant au moindre mouvement, déterminant une impotence complète pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital.

En découvrant la malade, on est frappé de son obésité et surtout de la disposition des masses adipeuses distribuées sur les membres et le tronc en respectant les extrémités (mains, pieds) ainsi que la face.

Aux membres inférieurs, elles forment des nodules diffus, du volume d'une grosse noix, au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne et s'étagent le long de la face postéro-interne de la jambe, sous forme de masses plus volumineuses, au nombre de quatre ou cinq, bien limitées transversalement par des sillons qui les étranglent comme des *brides fibreuses*, se confondant latéralement avec les tissus des faces antérieures et externes de la jambe.

La graisse semble s'être accumulée dans cette région déclive, comme s'accumule le liquide dans certaines formes d'hydropisie des membres inférieurs. Au niveau des fesses, il y a une lipomatose diffuse.

Aux membres supérieurs, elles manquent à la partie inférieure de l'avant-bras. Au coude, elles forment des bandes épaisses mal limitées. C'est aux *bras* surtout

qu'elles sont développées, formant sur la face postérieure une masse volumineuse, revêtant la forme d'une « masse flottante » qui se prolonge jusque dans l'aisselle où elle s'arrête brusquement. Adipose moins accentuée sur la face antéro-externe. Sur le tronc, l'adipose est assez conformément répartie. On remarque cependant deux sillons, l'un au niveau des fausses côtes, l'autre parallèlement au pli de l'aîne. La partie supérieure de la poitrine n'est point infiltrée par la graisse; le cou et la face ne sont point ceux d'une personne obèse.

Les masses adipeuses présentaient une résistance élastique. M. Debove résume les particularités de ce genre d'obésité en disant qu'elle est caractérisée par la présence de nodules graisseux « volumineux » envahissant surtout certaines régions : surtout *les segments de membre les plus voisins du tronc*, tandis qu'elle respecte la tête, non les extrémités des membres. Les nodules graisseux sont disposés symétriquement ; au membre supérieur et au membre inférieur ce sont les parties homologues qui sont affectées, aussi chez notre malade l'adipose prédomine à la partie postérieure de *la cuisse et du bras*. M. Achard avait constaté qu'elles étaient fort douloureuses à la pression profonde qui déterminait d'énergiques mouvements de défense et arrachait même des cris à la malade ; elles étaient douloureuses aussi spontanément. La marche provoquait des douleurs de même que toute contracture musculaire ; seuls les mouvements passifs se faisaient sans difficulté ni douleurs. Ces douleurs siégeaient dans l'extrémité des membres au niveau des masses adipeuses et ne semblaient pas suivre fidèlement le trajet des nerfs.

Au contraire, quand M. le professeur Debove voit la

malade, les *douleurs ont disparu* ou tout au moins diminué, il faut maintenant exercer une pression un peu forte pour les provoquer.

A plusieurs reprises le malade a eu sur les bras, les avant-bras et les jambes des *taches ecchymotiques spontanées*. M. Debove a pu voir des infiltrations sanguines sur les membres inférieurs.

La palpation du cou ne permet pas de délimiter le corps thyroïde.

Sang normal.

Urines : ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION XXVI

CH. FÉRÉ. — *Adipose douloureuse (Médecine moderne, 28 décembre 1898).*

M^{me} B..., quarante-deux ans, était déjà venue me consulter en 1885, à la Salpêtrière, pour des accidents hystériques.

En 1894, à la suite de son cinquième allaitement, elle a commencé à prendre de l'embonpoint, bien qu'elle fût devenue un peu excitable, ce qui ne lui était plus arrivé depuis sa guérison et son mariage. Peu de temps après, elle commença à éprouver des *douleurs sous la peau*.

Elles les a constatées tout d'abord dans les régions mammaires et sur les parties latérales du tronc. Elle constata que la mobilisation de la peau sur les parties sous-jacentes produisait une sensation de déchirure graduellement plus pénible. La peau n'était pas sensible, les mouvements normaux du thorax ne provoquaient aucune

douleur ; mais celle-ci était déterminée par les mouvements très étendus de la respiration ; il lui semblait alors qu'on décollait la peau. Ce n'est que plusieurs mois plus tard qu'elle a éprouvé des sensations analogues sur les membres, surtout *les bras et les cuisses*. Son mari, qui est garçon boucher, lui fit alors remarquer que l'on sentait sous la peau des masses lobulées, qu'il comparait à celles de la surface d'un rognon de veau. La sensibilité sous-cutanée est plus considérable là où la lobulation est plus manifeste. Les mouvements des membres ne sont pas douloureux.

La douleur provoquée par la mobilisation de la peau et la pression se localise plus nettement sur les nodosités lobulées. Ces douleurs provoquées sont un peu plus intenses du côté gauche, sur la partie latérale du thorax. A la même époque, elle a commencé à souffrir d'insomnies et à se plaindre de cauchemars relatifs à des tortures physiques (soit qu'elle les subisse, ou qu'elle en soit témoin).

Le 20 août quand elle se présenta à la consultation, à Bicêtre, on retrouva l'ancienne hémianesthésie gauche, l'ovarie homonyme. La mobilisation de la peau est douloureuse sur toute l'étendue du corps, sauf à la tête et au cou, aux fesses, aux avant-bras, aux mains, aux jambes et aux pieds.

La peau est souple, ne présente aucune altération ; on sent au-dessous une surface irrégulièrement mamelonnée, comme constituée de lobules aplatis, les uns gros comme des pois, d'autres comme des noisettes ou un peu plus. La pression légère et les petits mouvements de mobilisation de la peau ne sont pas douloureux, mais une pression un

peu forte avec glissement de la peau détermine une sensation de déchirure, de cuisson ; la mobilisation de la mamelle est douloureuse.

Les mouvements des membres s'exécutent sans douleur ; la malade peut s'asseoir, se coucher sans souffrir, sauf lorsqu'il se produit un glissement forcé des téguments. Ni douleurs, ni tuméfaction sur le trajet des nerfs. L'influenza l'a laissée très essoufflée, cependant elle n'a aucun bruit anormal au cœur ; pouls régulier, assez rapide, 96. Pas de lésions rhumatismales. Pas de lésions apparentes de la glande thyroïde.

Pas d'anomalies de la peau, *ni de troubles mentaux.*

OBSERVATION XXVII

CH.-W. BURR. — *A case of adiposis dolorosa with necropsy.* (*The Journal of nervous and mental Diseases*, octobre 1900.)

G. L..., femme blanche, trent-six ans, était apportée à l'hôpital médico-chirurgical en état de demi-coma. Elle aurait commencé à grossir et à se sentir très affaiblie il y a environ deux ans.

Très grasse, elle pesait environ 300 livres, mais elle n'était pas simplement obèse, car à cette hyperplasie générale et uniforme de graisse sous-cutanée s'ajoutaient de grandes masses pendantes sur les parties supérieures *des bras, des cuisses et de l'abdomen*. Ces masses donnaient à la palpation la sensation de paquets de vers décrits par Dercum. Elles étaient très sensibles à la pression non seulement sur le trajet des troncs nerveux, mais

partout. La peau n'était ni épaisse ni adhérente au tissu sous-jacent. Sur la peau au-dessus des masses graisseuses, cicatrices blanc noir analogues à celles que l'on voit sur l'abdomen des femmes ayant eu des enfants. Aucuns troubles trophiques des cheveux, ongles et articulations. Pas d'œdème séreux ni muqueux ; pas de signes d'acromégalie. Le cou était si gros qu'il était impossible de palper la glande thyroïde.

Elle était à son entrée dans une stupeur extrême ; on ne l'exaltait qu'avec difficulté et seulement par instant ; la parole était lente, confuse, mais bien articulée.

La malade ne pouvait remuer ni les bras, ni les jambes.

La somnolence rendait l'examen sensoriel difficile, la sensibilité au toucher ne pouvait pas être appréciée. La sensibilité à la douleur était conservée et dans les masses graisseuses il y avait de l'hyperalgésie.

Les réflexes rotuliens étaient notablement diminués : les réflexes musculaires ne pouvaient être déterminés à cause de la graisse recouvrant les muscles.

Vue altérée, névrite optique très marquée. Ni albumine, ni sucre, ni cylindres à un premier examen ; cylindres et certaine quantité d'albumine plus tard.

Au bout de plusieurs semaines le coma s'accroît et la malade mourut avec de l'œdème pulmonaire et tous les phénomènes d'un mal de Bright aigu.

Autopsie. — *Tumeur du corps pituitaire*, grosse comme une noix qui englobait le chiasma des nerfs optiques et se prolongeait en haut dans les ventricules.

Hydrocéphalie interne très marquée ; glande thyroïde de volume normal, renfermant une concrétion grosse comme

un petit marron. Poumons œdématisés, *ovaires petits et durs, de type scléreux*.

La graisse présentait un caractère fibreux particulier : elle était plus ferme que la graisse sous-cutanée normale. On y trouvait des nodules isolés, encapsulés plus ou moins, du volume d'un pois ou celui d'une noisette et recouverts par une capsule fibreuse distincte. Les petites branches nerveuses présentaient des lésions très marquées de névrite interstitielle accompagnées, dans les muscles, de dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires.

OBSERVATION XXVIII

F.-X. DERCUM et D.-J. MAC CARTHY. — *Autopsy in a case of adiposis dolorosa (The american Journal of the medical sciences, décembre 1902).*

Charles B..., trente-neuf ans, célibataire.

Antécédents personnels. — A eu quelques-unes des maladies spéciales à l'enfance ; il a joui d'une assez bonne santé jusqu'à quinze ans, époque à laquelle il eut une affection fébrile qui le tint au lit pendant plus de deux semaines. Il ne se souvient pas quelle était exactement cette maladie ; il déclare simplement que son « foie et ses reins étaient malades ». Quelque temps après, il commença à prendre de l'embonpoint. C'est un an ou deux plus tard, que la graisse s'accumula en masses volumineuses sur les côtés de la poitrine, sur l'abdomen, et sur les autres portions du tronc. Ces néoproductions présentaient une douleur exquise au toucher.

A peu près à la même époque, des masses adipeuses,

douloureuses au palper, firent leur apparition sur les *bras* et la portion supérieure des avant-bras ; dépôts graisseux, moins volumineux, sur les *cuisses* et la partie supérieure des jambes. également très douloureuse à la pression. *Pas de douleurs spontanées*, ni crises douloureuses, au niveau de ces masses adipeuses. En même temps que ces néoplasies augmentaient de volume, le malade s'apercevait qu'il devenait *très faible*. Un exercice même très modéré, qu'il s'agit soit de marcher, soit de mouvoir les bras, le fatiguait très facilement. Il avait remarqué que ses tissus étaient très sensibles aux contusions et que le moindre traumatisme déterminait chez lui une *ecchymose*. Il y a sept ans, à la suite d'une contusion de la jambe gauche, il eut un ulcère, dont la cicatrisation fut très longue. Ulcère semblable à la jambe, à l'occasion d'une même cause.

Il y a quatre ou cinq ans, le malade eut une crise épileptique. Trois mois plus tard, il eut une attaque semblable et, peu à peu, les attaques devinrent plus fréquentes, au point de se produire une fois par mois, et même, plus récemment, deux ou trois fois par semaine.

Certaines des ecchymoses, que l'on constate sur le tronc et les jambes, ne sauraient être attribuées à une contusion. Il déclare lui-même ne pas en connaître l'origine. Il y a environ trois ans, il aurait eu une attaque d'épistaxis tellement abondante, qu'il resta complètement épuisé. Il ne se rappelle pas avoir eu d'autre hémorragie, sous quelque forme que ce soit.

Etat actuel. — La présence, sur le tronc, des tumeurs lipomateuses donne au malade un aspect particulier. L'abdomen pend à la façon d'un tablier au-devant des

organes génitaux, qu'il recouvre. D'énormes plis de graisse pendent aussi de chaque côté du tronc. Sur les bras, de même que sur les cuisses et les jambes, les dépôts graisseux ne sont pas, en proportion, aussi considérables que sur le tronc. Partout, ces masses présentent une douceur exquise au toucher. Toutes les régions semblent être également douloureuses, sauf peut-être la partie supérieure du côté gauche du tronc et l'épaule correspondante, où la douleur atteint son maximum. La peau est sèche, sans autre altération.

Il est à remarquer que les portions inférieures des avant-bras et des jambes, les pieds et les mains sont entièrement libres de tout dépôt graisseux. A leur niveau, la peau est si mince, qu'on aperçoit les tendons au-dessous. Adipose légère à la face, beaucoup moindre, toute proportion gardée, que celle observée sur le reste du corps. On note également un pli graisseux qui pend au-dessus du menton. De place en place, les veines sont un peu proéminentes.

Réflexes rotuliens normaux. Pas de zones d'anesthésie ni d'hyperesthésie. Les viscères paraissent normaux. L'examen des urines ne révèle rien d'anormal.

Les deux globes oculaires sont très proéminents.

Les testicules ne sont pas développés ; le pénis est petit ; il y a peu de poils sur le pubis.

Dans la première semaine qui suivit son entrée, le malade eut un érysipèle, à forme diffuse, lequel s'étendit rapidement, et le malade succomba en quelques jours. Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Autopsie. — Glande thyroïde de volume normal ; aucune altération.

Tumeur du corps pituitaire devant appartenir au groupe des carcinomes. L'infiltration néoplasique, qui commence dans la portion acineuse de la glande et se continue dans la portion cérébrale, présente la disposition cellulaire d'un adéno-carcinome.

Testicules atrophiés, aucune trace d'activité fonctionnelle, structure normale.

Reins de néphrite parenchymateuse aiguë.

Infiltration graisseuse du foie à son maximum.

Dans le tissu graisseux sous-cutané, nodules hémolymphatiques fibreux présentant un état congestif intense; lésions de névrite interstitielle dans les filaments nerveux de la graisse superficielle.

OBSERVATION XXIX

GILBERT-BALLET. — *L'Adipose douloureuse* (*Journal des Praticiens*, 13 septembre 1902).

Femme de soixante-huit ans; une certaine obnubilation du cerveau l'empêche de fournir de grands renseignements sur son passé. Il y a six ans environ, elle accusait des souffrances vives dans les membres inférieurs et les bras, et peu de temps après survint un engraissement rapide des parties douloureuses. Cette augmentation de volume a subsisté depuis. Encore aujourd'hui, la malade montre une tuméfaction énorme des deux membres inférieurs, la jambe est entourée d'un véritable *manchon adipeux*, le pied, au contraire, est à peu près normal et ne présente qu'un peu d'œdème superficiel. L'adipose remonte le long des *cuisse*s, gagne l'abdomen, mais ne déborde

guère plus haut. Elle cesse complètement à la partie supérieure du thorax. Dans les membres inférieurs, le même contraste se reproduit, qui avait déjà caractérisé les membres inférieurs ; de même que le pied était à peu près normal, la main est normale : de même que la jambe était enveloppée d'une épaisse couche de graisse, le bras est *très volumineux* pour la même cause. En regard de ces bras et de ces jambes gonflés et obèses on peut opposer l'aspect du visage. Il est maigre. C'est là en vérité une obésité curieuse, celle qui respecte certains territoires cutanés pour en envahir d'autres. Et, en effet, il ne s'agit pas d'obésité.

La palpation permet bien de reconnaître et de dissocier sous la peau un certain nombre de lobules graisseux circonscrits et comme entourés d'une enveloppe fibreuse ; mais en d'autres points, la graisse est diffuse et ne se laisse pas ramasser de la sorte. Ces sensations diverses caractérisent une des formes de la maladie de Dercum.

Dans le cas présent, c'est à la fois une *lipomatose lobulée* et une *lipomatose diffuse* qu'on rencontre ; c'est une forme intermédiaire entre deux groupes voisins.

L'adipose toutefois ne suffit pas pour constituer la maladie de Dercum. D'autres symptômes entrent en jeu. D'abord cette adipose est douloureuse ; des douleurs spontanées la précèdent. L'hypertrophie ne vient qu'après. Ces douleurs se traduisent par des sensations contusives ou de brûlure ; elles s'accompagnent parfois de poussées d'œdème. Peu à peu, les souffrances s'atténuent et disparaissent. La malade ne les ressent plus spontanément, elle n'en souffre plus que d'une façon provoquée, quand on comprime les tissus en surface ou en profondeur. Les

petits mouvements s'exécutent facilement ; il n'en est pas de même des mouvements plus étendus, comme ceux que nécessite la marche. Celle-ci est vite arrêtée ; dès que la malade se tient debout et essaie d'avancer, le retour de la souffrance lui barre la voie.

Le repos agit en sens inverse ; il calme les douleurs et retarde leur apparition. On ne saurait trouver l'explication de ces douleurs dans les troubles objectifs de la sensibilité. Elle est normale.

Les membres de la malade sont œdématiés ; ils présentent aujourd'hui cet œdème d'une façon définitive, alors qu'au début il n'apparaissait qu'à l'occasion des crises. Bien que cette femme laisse entendre un léger souffle systolique au cœur, l'organe fonctionne bien. Il n'existe pas de signes d'insuffisance cardiaque. D'autre part, cet œdème n'offre pas les caractères de l'insuffisance cardiaque : il s'épaissit, peu à peu la marque du doigt y pénètre moins et des masses graisseuses viennent infiltrer son épaisseur. La malade est la première qui présente un œdème aussi manifeste des extrémités.

Quelques autres phénomènes achèvent de dessiner son affection. La sensation de fatigue est à la source du moindre effort ; cette pauvre femme ne peut rien faire, elle est impuissante à gagner sa vie. En outre, des phénomènes mentaux, dans le genre de ceux qui ont déjà été signalés dans d'autres cas, troublent ses facultés. Le caractère est triste, irritable, avec une certaine tendance à la dépression mélancolique. A son entrée, c'étaient l'agitation et la confusion mentale qui dominaient. La malade criait, se promenait la nuit, tenta de se suicider

en se jetant par la fenêtre, essaya de s'aphyxier un autre jour.

Pas d'hémorragies, ni d'arthropathies, ni de troubles vaso-moteurs ; pas de sclérodémie ; pas de signes de sénilité précoce.

OBSERVATION XXX

SÉZARY. — *Revue de Médecine.*

M^{me} M..., marchande foraine, âgée de cinquante-sept ans, s'est présentée à la consultation de la Salpêtrière pour une légère hémiplegie gauche datant de trois mois.

Pas de syphilis avérée, pas d'éthylisme, jamais de chute grave ni d'hémorragie. Régler régulièrement de douze à quarante-quatre ans. Pas de fausse couche.

Les jambes auraient enflé, il y a quinze ou vingt ans, mais cet œdème a été fugace.

Elle convient aujourd'hui que ses jambes ont « grossi » mais elle ne sait depuis combien de temps ; elle n'y a jamais ressenti de douleurs, si ce n'est quelques arthralgies.

Il y a trois mois, elle eut un léger ictus, à la suite duquel son côté gauche fut paralysé ; elle resta quinze jours au lit et des placards ecchymotiques bien circonscrits apparurent sur la jambe paralysée.

Actuellement, l'adipose diffuse siège aux *membres inférieurs*, jusqu'aux *cous-de-pied*, elle existe aussi à la *partie postérieure des bras*. La pression sur les zones adipeuses *est douloureuse* ; elle ne détermine *pas de godet*,

mais elle provoque, le lendemain, une *ecchymose*, au même titre que les moindres traumatismes, qui causent régulièrement des « bleus ».

L'asthénie n'apparaît, aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, qu'à la suite d'un travail prolongé ou à l'occasion de la chaleur. Notons que la malade est glycosurique, mais elle ne présente aucun des grands signes du diabète sucré.

Depuis quelque temps, elle est devenue triste et sa mémoire a baissé.

Rien au cœur, ni aux poumons. Le corps thyroïde paraît normal. La démarche se fait à petits pas (peut-être pseudo-bulbaire ?).

Aucun trouble de la sensibilité ; sauf du côté paralysé, l'appareil moteur et les réflexes ne sont pas altérés.

Sang normal. Couleurs scatoliques et indoxylques en quantité notable dans les urines.

OBSERVATION XXXI

SÉZARY. — *Revue de Médecine*.

La nommée P..., âgée de quatre-vingt-deux ans, présente un type mixte du syndrome de Dercum, à la fois diffus et nodulaire.

La malade, dans son enfance, a été maltraitée par une femme qui l'avait adoptée à la mort de sa mère. A neuf ans, elle reçut un violent coup de timon dans la poitrine.

Réglée de vingt à quarante-six ans : elle avait aussi quarante-six ans quand son mari mourut de tuberculose pulmonaire. Elle a eu douze enfants, tous morts (plusieurs

de méningite); pas de fausse couche, pas de syphilis, pas d'éthylisme. Elle a toujours été très nerveuse. Depuis l'âge de trente-deux ans jusqu'à il y a quinze ans, céphalées frontales très fréquentes.

Admise à la Salpêtrière pour emphysème et tuberculose pulmonaire évoluant lentement depuis une trentaine d'années. La malade est extraordinairement frileuse : en été, par 33 degrés de chaleur, nous l'avons vue porter fichu et garder les couvertures de son lit.

Elle nous dit que ses jambes ont augmenté de volume pour la première fois à l'âge de quarante-deux ans, *après sa dernière couche*, à la suite de laquelle elle resta très fatiguée. Depuis, la tuméfaction des jambes n'a jamais disparu, mais elle a été, suivant les époques, plus ou moins marquée ; dès le début, elle aurait été plus considérable qu'actuellement. Par moments apparaissaient dans les membres inférieurs des douleurs intermittentes et passagères.

État actuel. — Aux membres inférieurs, l'adipose s'arrête aux malléoles, elle est surtout abondante aux jambes. *Au-dessus de chaque genou à la face interne de la cuisse*, il existe une masse lipomateuse nodulaire allongée. La tuméfaction est molle, mais elle ne garde pas l'empreinte du doigt. Elle est douloureuse à la pression qui détermine régulièrement une ecchymose bien marquée, de même que le moindre traumatisme, comme l'a remarqué la malade.

Cette femme a beaucoup maigri depuis quelques années ; son tissu cellulo-adipeux sous-cutané, en dehors des zones signalées plus haut, et ses muscles ont fondu. Pourtant à la *partie postéro-interne du bras*, on note encore

une tuméfaction analogue à celle qui siège aux membres inférieurs et le tissu sous-cutané de la partie interne de l'avant-bras paraît un peu infiltré.

Les douleurs ne sont pas très vives, elles surviennent par crises qui ne durent pas longtemps et ne suivent pas le trajet des troncs nerveux. Signalons encore des crampes fréquentes dans les mollets depuis l'âge de cinquante-huit ans et du prurit au dos, aux jambes. La sensibilité objective ne présente pas d'anomalie.

L'impotence fonctionnelle est très marquée. Habituellement, la malade ne quitte pas son lit. Nous avons essayé de la faire marcher : elle progressait très difficilement, à petit pas, lentement et pesamment.

Très bavarde, elle se contredit souvent et accompagne le récit de sa vie de remarques pessimistes.

Les réflexes tendineux sont un peu vifs. Pas de Babinski, pas d'Argyll-Robertson. Gêrontoxon. Anorexie, constipation. Corps thyroïde un peu gros.

A noter, il y a trois mois, une épistaxis abondante.

Au cœur, les bruits sont sourds; artères dures. Aux poumons, signes d'emphysème, tuberculose au sommet droit.

Sang normal.

Couleurs scatoliques et indoxyliques en quantité dans les urines.

OBSERVATION XXXII

SÉZARY. — *Revue de Médecine.*

La nommée B. ..., âgée de soixante-huit ans, sans profession, s'est fait admettre à l'hospice de la Salpêtrière pour

une impotence fonctionnelle presque absolue et des douleurs dans les membres inférieurs. Sa mémoire s'est notablement affaiblie et c'est avec une certaine peine que nous avons recueilli les renseignements suivants :

La malade a été réglée très régulièrement depuis l'âge de treize ans jusqu'à trente-cinq ans.

Mariée à seize ans et demi, elle n'a pas eu d'enfant ni fait de fausse couche. Ni éthylisme, ni syphilis avérés.

Cependant, cette femme a marché très tard, à neuf ans, nous dit-elle; elle a été certainement rachitique; une déformation caractéristique du tibia gauche ne laisse aucun doute à cet égard.

L'affection actuelle a débuté, avant 1880, c'est-à-dire à l'âge de quarante-deux ans, par de l'asthénie et de la difficulté de marcher, auxquelles s'ajoutèrent, peu à peu, des douleurs dans les membres inférieurs; la malade, qui depuis sa jeunesse est obèse, ne peut préciser le moment où les jambes ont commencé à se déformer.

L'impotence fonctionnelle qui, depuis, n'a fait qu'augmenter, est toujours restée le symptôme prédominant; elle a occasionné un jour une chute assez grave. Les douleurs ressenties ont rarement été très violentes.

État actuel. — Femme obèse, pesant 86 kilogrammes, mais à obésité systématisée.

L'adipose siège d'abord aux membres inférieurs (*cuisses, cuisses et jambes*), s'arrêtant net au-dessus du cou-de-pied, *en pantalon de zouave*. Sa disposition est absolument caractéristique de la maladie de Dercum et son aspect rappelle le processus sclérodermique. Elle est symétrique. Le système veineux superficiel paraît très développé; quelques varicosités. L'adipose a aussi envahi les membres

supérieurs de l'épaule jusqu'au poignet où elle *cesse brusquement* : elle est surtout abondante à la face interne des bras. Elle intéresse encore l'abdomen et la région lombaire ; la face est respectée.

Aux membres inférieurs, par une pression un peu prolongée sur les tissus denses et résistants, on détermine cependant un léger godet ; mais cette exploration provoque, le lendemain, l'apparition d'une ecchymose que d'ailleurs le moindre choc, la recherche même des tendons rotuliens, suffit aussi à déterminer. Au dos du pied, il existe un léger œdème, mou et dépressible, qui paraît dû à la gêne de la circulation de retour.

La douleur à la pression est assez vive. Lorsque la malade s'est exercée à faire quelques mouvements dans son lit, elle éprouve des douleurs qui apparaissent, parfois aussi, spontanément ; elles ne suivent pas le trajet des nerfs du membre, et n'atteignent que rarement les deux jambes à la fois ; elles siègent assez fréquemment à la région lombaire.

Assez souvent, crampes dans les mollets. Quelques crises prurigineuses.

Pas de troubles de la sensibilité objective.

La malade est absolument incapable de faire un pas.

Sang normal.

Couleurs indoxyliques et scatoliques dans les urines.

Son asthénie la cloue au lit ou au fauteuil où on la transporte. Et cependant, la force musculaire est relativement conservée, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

L'examen électrique, pratiqué par M. Rieder, n'a révélé ni D. R., ni réaction d'épuisement.

La mémoire de la malade est très diminuée, surtout celle des faits récents; on note encore un certain degré de mélancolie, plus ou moins marqué suivant les périodes où on l'a examinée.

Couleurs indoxyliques et scatoliques en grande quantité dans les urines.

OBSERVATION XXXIII

RAYMOND et GUILLAIN. — *Un Cas d'adipose douloureuse (Revue neurol., 1904).*

Femme de cinquante-sept ans, ménagère. Au mois de novembre 1902 en rentrant chez elle, elle présente à la suite d'un ictus une hémiplegie droite accompagnée d'aphasie.

Cette femme a toujours été plutôt forte pour prendre son expression, mais l'obésité a beaucoup augmenté depuis dix ans; à ce moment apparurent également les douleurs.

L'adipose présente des localisations et un aspect spéciaux.

Ainsi aux membres inférieurs, il existe un contraste très apparent entre la région des cuisses et la région des jambes et des pieds. L'obésité est très accentuée aux deux *cuisses*, le volume des jambes et des pieds est au contraire à peu près normal. Il en est de même aux membres supérieurs où l'obésité est très prononcée à la *racine des membres* alors que les mains ont conservé une gracilité et une apparence normales.

L'adipose se présente sous deux aspects. D'une part, il existe des masses adipeuses sous forme de nodosités de lipomes ; d'autre part, la graisse a dans certaines régions une tendance à l'infiltration. On voit très nettement, à la face interne des bras, depuis le creux axillaire jusqu'au niveau du coude, de véritables tumeurs adipeuses pendantes ; au niveau du coude, du bras et de l'avant-bras, au niveau de la paroi abdominale et des cuisses, les masses graisseuses ont tendance à infiltrer les téguments d'une façon massive.

Au niveau de l'avant-bras droit, existe de l'œdème mou et dépressible.

La face de la malade n'a nullement l'apparence de la face des grands obèses.

Il est à remarquer que toutes les régions adipeuses sont très douloureuses à la pression. Quand on vient à exercer une compression, même légère, soit sur les lipomes, soit sur les masses adipeuses, on détermine une sensation douloureuse parfois si excessive qu'elle arrache des cris à la malade. Les téguments, qui ne sont pas infiltrés par la graisse, ne sont pas douloureux ni spontanément, ni à la pression ; les masses adipeuses de la paroi abdominale seules ne sont pas douloureuses.

Des troubles psychiques existent chez cette femme. Depuis un an elle perd la mémoire, elle a présenté souvent un état de dépression mélancolique, a fait même une tentative de suicide par asphyxie. Dans un accès délirant elle a, un jour, essayé de tuer son mari avec un couteau.

Le corps thyroïde est légèrement hypertrophié, il existe un léger degré d'athérome aortique.

Ni sucre ni albumine, ni indican dans les urines.

OBSERVATION XXXIV

DENY et LEPLAY — *Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une démente alcoolique et hérédolcoolique (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière).*

Entrée à la Salpêtrière en janvier 1885 la malade, âgée actuellement de soixante-quatre ans, est dans un état complet de démence ; elle présente en outre une adipose sous-cutanée segmentaire symétrique des membres et d'une partie du tronc. Elle pèse 85 kgr. 800 et ne mesure que 1 m. 47.

L'adipose est plus accusée aux membres inférieurs qu'aux supérieurs, elle s'étend à l'abdomen dont la peau retombe comme un épais tablier sur la racine des cuisses, à la région *des hanches et des fesses*. Le thorax, les épaules, le cou, la face ne sont pas augmentés de volume de même les seins dont il faut remarquer le petit développement. La tuméfaction des membres et de la partie inférieure du tronc est due à l'épaississement de la peau, mais surtout à la prolifération du tissu cellulo-adipeux qui au niveau des parties déclives forme des masses lipomateuses à contours mal limités. La tuméfaction des membres inférieurs se termine *brusquement* au-dessous des chevilles par un bourrelet. Les pieds ne sont pas augmentés de volume. Au tronc et aux bras la tuméfaction n'a pas de limites supérieures bien tranchées.

La peau a conservé sa coloration normale, sauf aux membres inférieurs où quelques varices capillaires donnent par place un aspect violacé. A la face posté-

rière des cuisses, à l'abdomen, la peau, au lieu d'être tendue, est plissée, flasque, comme rétractée sur les masses lipomateuses qui semblent avoir diminué de volume. Partout la peau fait corps avec le pannicule adipeux. Température de la peau normale, sauf aux membres inférieurs où elle est légèrement abaissée.

La consistance des régions adipeuses est variable, molle et dépressible à certains endroits, elle est en d'autres plus ferme qu'à l'état normal surtout aux membres inférieurs où la pression moins prolongée ne détermine aucun godet.

On peut considérer les muscles comme normaux. Aucune altération du squelette. Sensibilité cutanée un peu émoussée, réflexes cutanés vifs, pupillaires normaux tendineux très affaiblis.

Les troubles intellectuels coexistent avec modification du caractère, tristesse, négligence dans les soins du ménage, hallucinations pénibles de la vue et de l'ouïe, des terreurs nocturnes, des idées mélancoliques et des idées de persécution sans systématisation.

OBSERVATION XXXV

ERNEST DUPRÉ et GIROUT. — *Adipose douloureuse segmentaire* (Soc. de Neurologie, 8 nov. 1906).

Femme de soixante-quinze ans.

Réglée de quatorze ans à cinquante-quatre ans.

L'affection a débuté à la ménopause et l'augmentation de volume du ventre et des cuisses a progressivement atteint le degré actuel, stationnaire depuis plusieurs années.

L'adipose est limitée à la moitié inférieure du tronc et *aux cuisses*. Elle commence au niveau du rebord costal inférieur, s'accentue en descendant et atteint aux cuisses son maximum de développement ; elle est nettement limitée, juste au-dessus des genoux, *comme par une jarretière* que surplombe le bourrelet inégal des masses graisseuses ; les jambes par leur volume normal contrastent ainsi avec les cuisses augmentées *en gigot*. L'aspect général rappelle la silhouette des *culottes bouffantes de cycliste, de valet de pied*. L'infiltration adipeuse affecte, dans les régions intéressées la forme diffuse avec bourrelets et saillies nodulaires irrégulièrement délimitée par des sillons répondant aux tractus fibreux intradermiques. Les téguments sont semés de varicosités violettes très nombreuses. Pas d'œdème dépressible.

Le développement de l'adipose s'est accompagné de douleurs, survenant par crises, exaspérées par la marche et la pression et atténuées par le repos.

Il existe de l'asthénie générale, de la paresse pour les mouvements et un état d'impotence que ne justifie, en dépit de l'âge, en dehors de l'affection ipomateuse, aucune altération organique chez la malade.

Les troubles psychiques ne font pas défaut et se marquent par de l'instabilité, de l'irritabilité, une humeur chagrine et soupçonneuse, divers troubles du caractère, etc.

L'examen neurologique ne révèle aucune modification notable de la réflectivité, de la sensibilité, de la température, etc. Les urines sont normales. Le corps thyroïde ne présente à la palpation aucune altération sensible.

OBSERVATION XXXVI

Professeur DEBOVE.— *L'Adipose douloureuse ou maladie de Dercum*. Clinique de Beaujon (*Archives génér. de Médecine* 15 décembre 1903).

Malade âgée de cinquante-deux ans, modiste.

Dans ses antécédents personnels, on ne reconnaît qu'une seule maladie infectieuse: la rougeole, à l'âge de trois ans; mais elle a souffert d'accidents nerveux graves qui permettent de la classer dans la catégorie des grandes hystériques, quoique nous ne constatons actuellement aucun stigmate de névrose.

Réglée à dix ans et demi, elle eut, à quarante-trois ans, des hémorragies utérines et la ménopause survint vers quarante-cinq ans. Elle eut trois enfants dont deux vivants bien portants.

La maladie actuelle semble avoir débuté il y a quinze ans, c'est-à-dire vers l'âge de trente-huit ans, antérieurement donc à la ménopause.

Il survint un embonpoint qui augmenta progressivement jusqu'à il y a deux ans et débuta par les membres inférieurs: cette obésité ne s'accompagnait pas de douleurs spontanées; la malade est très catégorique à cet égard: la douleur ne fut pas le phénomène initial; le premier signe de son mal a été l'accroissement de volume des membres inférieurs.

En ce qui concerne l'adipose, les membres inférieurs sont très volumineux; leur aspect est d'autant plus saisis-

sant que le pied est resté normal, relativement maigre, et sort du bourrelet adipeux qui termine la jambe.

La jambe et la cuisse se continuent sans démarcation ; l'articulation du genou et surtout le creux poplité disparaissent. Cependant, vers le tiers inférieur de la face antéro-externe de la cuisse, on distingue une masse d'un volume supérieur à celui du poing, légèrement saillante, et dont les limites sont mal déterminées.

Les membres supérieurs présentent le même aspect que les inférieurs, mais un peu moins marqué. L'avant-bras est très augmenté de volume ; il est terminé, à la partie inférieure, par un léger bourrelet ; la main, petite, bien conservée, émerge *comme d'une manche*. Le bras, très augmenté de volume, se continue avec l'avant-bras, sans être, comme la cuisse, le siège d'une masse lipomateuse.

Le tronc, la ceinture scapulaire dans la région du dos et surtout la paroi abdominale sont très infiltrées de graisse, mais, en revanche, la face et le cou ne sont pas envahis par l'adipose.

Un des signes les plus caractéristiques de cette maladie est la répartition de la graisse.

Chez notre malade il n'y a jamais eu de douleurs spontanées, mais on provoque des douleurs intenses qui lui arrachent des cris si l'on veut palper profondément les masses adipeuses des membres inférieurs surtout dans les régions voisines des genoux.

Le membre supérieur est moins douloureux, mais au tronc, au niveau des fausses côtes, au niveau des flancs on réveille les mêmes douleurs qu'aux membres inférieurs.

Habituellement couchée notre malade se plaint d'une grande faiblesse et il faut insister pour la déterminer à

se lever et à faire quelques pas. Il n'y a cependant aucune paralysie, la force musculaire est conservée, mais il y a une profonde répugnance à faire le moindre effort.

L'état psychique est également spécial : notre malade cause énormément ; il est même impossible de la faire taire et surtout d'obtenir des réponses précises et identiques. Elle a un léger degré de confusion mentale.

Nous relevons l'existence d'hémorragies. Ce furent, à l'âge de quarante-trois ans, des hémorragies utérines très abondantes qui durèrent huit jours et mirent, dit-elle, son existence en danger. Il y a deux ans elle aurait eu une large ecchymose à la partie interne du genou droit ; à son entrée dans le service, elle avait une ecchymose de la partie antérieure de la jambe et elle affirme que le moindre coup provoque chez elle de vastes ecchymoses.

OBSERVATION XXXVII

DELUCQ et ALAUX. — *Presse médicale.*

M. M..., soixante et un ans, fait une chute vers l'âge de dix ans, et fait dater de là le début des accidents qui amenèrent la déformation faciale et l'exophtalmie dont elle souffre. Ces déformations donnent l'impression d'une propulsion par une tumeur développée à la partie supérieure des fosses nasales.

Vers l'âge de trente ans, l'adipose fit son apparition, d'abord au niveau de la jambe droite. L'attention de la malade fut éveillée par des douleurs lancinantes qu'elle éprouvait à la partie inférieure de ce segment de membre, puis apparurent des tuméfactions localisées disproportionnées avec l'embonpoint général.

Actuellement, c'est au niveau des membres inférieurs que l'adipose prédomine. Mieux que toute description, la photographie en montre la disposition et les énormes dimensions. L'infiltration graisseuse paraît d'abord généralisée à tout le membre. L'on peut voir en outre sur la *partie interne de la cuisse* gauche, un énorme bourrelet graisseux délimité à la partie inférieure par une dépression très nette. Les fesses sont tombantes, volumineuses, cachant le pli fessier. Au niveau des genoux l'adipose est moins abondante et l'on peut voir encore les diverses dépressions articulaires. Aux jambes, la distribution de graisse est aussi asymétrique. La jambe gauche est cylindrique et forme un volumineux boudin. A droite, existe dans le tiers inférieur de la jambe une dépression faisant le tour complet du membre et qui *bride* l'infiltration adipeuse. Une nouvelle dépression symétrique existe des deux côtés au niveau de l'articulation du cou-de-pied. Les pieds sont également infiltrés, ils jurent néanmoins par leur petitesse, comparée au volume presque éléphantiasique des cuisses et des jambes. La peau a subi des modifications surtout marquées là où l'adipose est le plus dense. L'orifice des follicules pileux est agrandi et donne au tégument l'aspect d'une peau d'orange.

Aux membres supérieurs c'est au niveau des *bras* que la graisse abonde. Lorsque le malade soulève son membre, on voit pendre, à la partie inférieure du bras, une masse graisseuse occupant presque toute sa hauteur molle et mobile sur les tissus sous-jacents. Cette masse est plus volumineuse à droite. Circonférence du membre : 37 centimètres à droite, 32 à gauche. L'avant-bras et la main ont été respectés par l'adipose ; aucune modification

de la peau sur toute la hauteur du membre. Au cou, aux bras, à la partie supérieure des cuisses les masses graisseuses sont molles. A la partie inférieure des jambes elles sont rénitentes, élastiques et ne conservent point l'empreinte digitale.

Sensibilité. — Ce n'est que par intervalles très irréguliers que le malade souffre et se plaint de douleurs lancinantes au niveau de ses membres infiltrés. Ces douleurs sont moins vives que celles qui ont précédé l'apparition de l'adipose et elles s'espacent de plus en plus. Dans l'intervalle des crises les masses graisseuses sont indolores même à une palpation profonde.

Asthénie. — Depuis une dizaine d'années le malade se plaint d'une sensation de faiblesse au moindre effort et cette asthénie semble progresser.

Examen psychique. — Au point de vue mental, *aucun trouble* jusqu'à ce jour n'a été observé. La malade jouit de la plénitude absolue de ses facultés.

Rien d'anormal au niveau des organes splanchniques.

OBSERVATION XXXVIII

FULCONIS. — Thèse de Lyon, 1904.

A. L..., cinquante ans, se présente pour des tumeurs douloureuses dont la date d'apparition remonte à six ans.

Réglée à dix-sept ans, bonne santé habituelle.

A l'âge de trente-huit ans elle a été opérée par M Laroyenne pour salpingo-ovarite gauche. Cinq ou six mois après cette opération apparurent des douleurs assez

vives, à la face interne de la cuisse gauche ; au-dessous du genou douleurs spontanées comparées à des fourmillements, à des élancements, ordinairement localisées, mais parfois aussi irradiées le long du trajet d'un nerf. Elles étaient d'allure paroxystique et très variables dans leur intensité. La malade compare ces douleurs à un arrachement, à un décollement de la peau. Il existe aussi chez la malade des douleurs provoquées par la pression même légère. Quelques mois après l'apparition des douleurs, apparaît au niveau de ces douleurs une tuméfaction. Les tuméfactions se produisent ensuite symétriquement dans le membre inférieur du côté opposé ; elles apparaissent d'ailleurs toujours très lentement sur le tronc, sur les membres supérieurs. Ces tuméfactions constituent des masses assez volumineuses à contours mal limités. Elles sont douloureuses à la pression, au point de réveiller le malade la nuit. Elles sont symétriques, leur consistance est pâteuse ; le pincement est douloureux et provoque des suffusions sanguines sous-cutanées. Le système veineux superficiel est très développé et on constate une rougeur diffuse des extrémités des membres. On rencontre ces tumeurs à la face interne des *cuisse*s, dans les plis inguinaux, sur les fesses, au-dessus de l'épitrôchlée à la face interne des *bras* dans leur tiers supérieur et dans les régions deltoïdiennes, au-dessus de chaque omoplate dans les creux sus-claviculaires. La paroi abdominale est très flasque et très grasse.

Le début de ces accidents a coïncidé avec l'apparition de la ménopause.

Les menstruations, irrégulières après l'intervention chirurgicale, ont en effet disparu chez la malade à quarante-quatre ans.

Très nerveuse, la malade n'a jamais eu de véritables crises de nerfs, mais elle prend souvent des crises de larmes à l'occasion de la moindre contrariété. A ces moments, elle présente des bizarreries de caractère; elle est extrêmement emportée, elle a des idées tristes.

Aucune amélioration par l'opothérapie thyroïdienne; amélioration par la teinture d'iode, et par la radiothérapie.

OBSERVATION XXXIX

M. LAUNOIS et AUREILLÉ. — *Polysarcie énorme* (photographie type d'adipose segmentaire dans la thèse Graham).

Infiltration graisseuse énorme des bras (masses flottantes) et des cuisses (pantalon de zouave), des hanches, des fesses et de la paroi abdominale.

Face, avant-bras, mains, pieds et thorax indemnes.

Cette observation, bien que non signalée comme maladie de Dercum, nous paraît devoir rentrer cependant dans notre type d'adipose douloureuse, segmentaire, rhizomélique.

OBSERVATION LX (Personnelle)

M^{me} W... Clarisse, âgée de soixante-quatre ans, entre à l'infirmerie, le 8 septembre 1910, pour asthénie.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés :

Le père, à soixante-sept ans, d'affection cardiaque ; maçon, il était de bonne santé, maigre, sans tare nerveuse, peu buveur.

La mère, à soixante-quatre ans, de tumeur abdominale.

Un frère est mort à trente-deux ans, de fièvre typhoïde,
une sœur bien portante est maigre.



Fig. 2

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents pathologiques, sauf cataracte de l'œil gauche pour laquelle elle fut opérée.

Réglée à treize ans et demi, toujours régulièrement.

Mariée à vingt-quatre ans, a eu trois enfants dont deux sont morts de convulsions.

Ménopause à cinquante-quatre ans.

A ce moment, la malade commence à présenter quelques troubles, une sensation de fatigue dans les jambes, obligeant la malade à se coucher dans la journée.

Ce n'est qu'ensuite, que la malade s'aperçut du développement anormal de ses membres inférieurs.

Au niveau des bras, l'adipose et les douleurs n'apparaissent qu'il y a deux ans.

La malade s'aperçut, à peu près en même temps, de ces deux troubles.

Peu à peu l'impotence augmente et, il y a quatre ans, la malade commence à être à peu près immobilisée. Elle ne pouvait sortir de chez elle ; à la mort de son mari, elle entre à l'hôpital Andral, puis, la même année, elle est admise à la maison départementale de la Seine.

État actuel. — La malade se présente à nous avec une adipose spéciale par ses localisations et par les douleurs qui l'accompagnent. Le poids de la malade est de 80 kgr. 800.

L'adipose prédomine à la *racine des membres* (fig. 2) : c'est ainsi qu'aux membres inférieurs, les pieds et les jambes sont indemnes de toute adipose ; au contraire, à la partie interne des genoux, se remarquent d'énormes masses adipeuses, symétriques, du volume de la tête d'un enfant, quelques varicosités superficielles sillonnent leur surface.

L'adipose remonte sur les *cuisse*s où elle est plus diffuse ; elle envahit la partie inférieure de l'abdomen et la région fessière, rendant les fesses saillantes, turgides. La mensuration donne 20 centimètres aux malléoles qui

sont fines, 38 centimètres aux mollets, 52 centimètres aux genoux, 58 centimètres aux cuisses.

On a comme périmètre ombilical 128 centimètres, 100 centimètres à la taille, 99 centimètres comme périmètre thoracique supérieur.

Aux membres supérieurs, les mains et les avant-bras sont normaux; au contraire, les *bras* sont fortement augmentés de volume et comme boudinés, formant un tronc de cône à base tournée vers l'épaule; des trainées bleuâtres marquent le trajet des veines; les téguments présentent quelques varicosités et vergetures. Les mensurations donnent 14 centimètres au poignet, 24 centimètres à l'avant-bras, 36 et 34 aux bras droit et gauche.

La face et le thorax sont respectés. A la base du thorax cependant, quelques nodules diffus font particulièrement souffrir la malade.

La pression un peu forte des masses adipeuses est douloureuse. Le doigt ne laisse pas d'empreinte. La palpation donne bien la sensation élastique, rénitente d'une infiltration graisseuse.

Douleurs. — Les phénomènes douloureux sont apparus en même temps que l'augmentation de volume des membres. Les douleurs surviennent spontanément la nuit surtout, empêchant le sommeil; ce sont comme des picotements au niveau des masses adipeuses, le matin seulement elles se calment un peu et la malade repose alors quelques heures. Dans la journée ces douleurs sont moins vives; par moment cependant la malade ressent comme un endolorissement général; la position assise la fatigue vite, des douleurs lancinantes dans la région lombaire l'obligent bientôt à reprendre la position couchée.

Ces douleurs empêchent la station debout ainsi que la marche ; il s'y joint d'ailleurs un certain degré d'asthénie et de raideur articulaire. La flexion des genoux surtout et des hanches est douloureuse. La marche, lente et à petit pas, est pénible et n'est possible qu'avec l'aide d'un bâton. La malade est en somme à peu près confinée au lit.

Les forces musculaires sont conservées, mais la malade souffre de toute contraction musculaire un peu forte. Au dynamomètre : 20 à droite, 16 à gauche.

Les réflexes sont normaux, pas de Babinski, pas d'Argyll.

Contractions électriques normales.

Pas de troubles de sensibilité objective, sauf une légère hyperesthésie de la face postérieure des bras.

Pas de troubles psychiques marqués, seulement quelque tendance à l'hypochondrie.

La malade présente un teint bilieux cholémique, quelques varicosités aux pommettes, une exophtalmie légère, pas de tuméfaction thyroïdienne.

L'auscultation du cœur fait entendre un souffle systolique de la pointe se propageant dans l'aisselle (insuffisance mitrale bien compensée). Pouls bien frappé, régulier, à 83. État général relativement bon. Sang normal. Couleurs scatoliques et indoxylques dans les urines.

Les masses adipeuses rendent impossibles la ponction lombaire.

La malade est soumise à la médication ovarienne pendant trois semaines et passe de 80 kgr. 800 à 78 kgr. 200. Après un arrêt de huit jours le poids revient à 79 kilos.

On reprend l'opothérapie ovarienne; la malade diminue à nouveau de poids et descend à 77 kgr. 600.

Les douleurs s'atténuent et la malade semble redevenir plus active, moins impotente; nous nous proposons de continuer cette médication.

OBSERVATION XLI

Service du Dr OPPENHEIM.

O... Marie, soixante-cinq ans.

La malade entre, le 11 octobre, à la maison départementale comme assistée obligatoire; son adipose la rend à peu près impotente, incapable de tout travail; elle se plaint en outre de douleurs généralisées et depuis huit mois souffre d'incontinence nocturne des urines.

Antécédents héréditaires. — Ses parents, originaires des Basses-Pyrénées, sont morts.

Le père, fermier, sans tare morale et physique, de taille moyenne, non buveur, est emporté en huit jours d'un « chaud et froid », à quarante-cinq ans.

La mère, plutôt maigre, était vigoureuse, d'excellente constitution: elle meurt de vieillesse à soixante et onze ans.

Elle a eu six enfants dont une est morte des suites de couches à vingt ans.

Les cinq autres sont bien portantes. Notons qu'une d'entre elles, moins grande que notre malade, serait au moins aussi grosse qu'elle. « Elle est énorme », dit la malade.

En somme, aucune tare pathologique notable nerveuse ou autre dans la famille.

Antécédents personnels. — Réglée à douze ans, elle le fut toujours régulièrement jusqu'à cinquante-trois ans.

Elle se marie à vingt-quatre ans ; son mari, travailleur, ne lui créa jamais aucune peine et mourut à soixante-trois ans, de cancer de l'estomac.

Elle a un fils de trente-neuf ans : il est bien portant, robuste, sans être gros.

Dans ses antécédents, elle n'accuse aucune affection sérieuse, sauf une bronchite il y a vingt ans, et dont elle se plaint encore actuellement.

Elle a toujours bien mangé, sans excès ; aucun excès de boisson non plus : un peu de vin et de café, mais pas de bière ni de liqueurs. En raison de sa profession (fleuriste artificielle) elle n'avait aucun exercice physique.

Quelque temps avant le ménopause, vers cinquante ans, elle a accusé quelques troubles nerveux : excitations cutanées généralisées, fourmillement sous-cutané, maladresses musculaires, tout lui tombait des mains ; excitation mentale avec crises de larmes faciles ; sans raison, elle pleurait cinq, six, sept fois par jour.

Le médecin traitant attribue à la ménopause tous ces troubles qui durèrent près de trois ans.

Maladie actuelle. — Elle a toujours été forte, mais c'est seulement depuis quinze ans que cette adipose a pris des proportions vraiment pathologiques.

Au moment de son mariage, elle pesait 160 livres. L'époque, où cette polysarcie devint inquiétante et commença à gêner la malade, correspond à peu près à la ménopause et aux troubles nerveux que la malade présenta à

ce moment ; il est peu facile de reconnaître quels furent les premiers en date de ces deux symptômes.

Son impotence augmentant avec le développement de



Fig. 3

son adipeuse, elle dut entrer à Tenon, il y a trois mois ; elle fut soumise au traitement thyroïdien. Sous l'influence de ce traitement, elle passe de 125 kilogs à 121 kilogs.

État actuel. — C'est ainsi qu'elle se présente devant

nous avec une adipeuse vraiment remarquable par son énormité autant que par sa localisation.

Inégalement répartie, elle respecte complètement certaines régions : la tête, les extrémités des membres (mains et pieds), le thorax (fig. 3).

Elle atteint au contraire des proportions énormes à la *racine des membres (cuisses et bras)*.

Les segments de membres envahis par les masses adipeuses sont séparés des segments de membres normaux par une sorte de *bouffurelet adipeux* qui retombe du bras sur l'avant-bras et de la cuisse sur la jambe, à la façon d'un vêtement flottant.

Voici d'ailleurs les mensurations :

Membres supérieurs

	Gauche	Droit
Poignet.....	0,20	0,18
Avant-bras.....	0,32	0,30
Coude.....	0,30	0,28
Bras (au tiers).....	0,60	0,50
Bras (extrém. sup.).....	0,45	0,40

Membres inférieurs

	Gauche	Droit
Torse.....	0,26	—
Sus-malléolaire.....	0,295	
Mollet.....	0,53	<i>Idem</i>
Jarrettière.....	0,52	
Cuisse (partie moyenne).....	0,77	

Tronc

Périmètre ombilical.....	1,44
Taille.....	1,07
Périmètre thoracique.....	1,03

Les mensurations ne sont pas tout à fait semblables aux membres supérieurs droit et gauche. Cependant dans l'ensemble la disposition doit être considérée comme symétrique.

Les masses adipeuses diffuses et molles présentent un aspect lobulé. Elles ne gardent pas l'empreinte du doigt (la pression n'est pas douloureuse), elle donne une sensation de capitonnage.

La surface cutanée recouvrant ces masses présente aux jambes de nombreuses varicosités et offre un aspect mamelonné, comparable à la peau d'orange : la peau se plisse difficilement, retenue quelle est par des adhérences aux plans profonds.

Aux bras on remarque un aspect rappelant les vergeures de la grossesse et des traînées bleuâtres indiquent le trajet des veines. Quelques ecchymoses sont à noter provoquées par le plus léger traumatisme.

Troubles nerveux. — Subjectifs. — La malade accuse des douleurs au niveau des membres inférieurs. Ces douleurs spontanées sont augmentées par la fatigue et se calment par le repos ; la malade les compare à des coups de lancettes.

Elle se plaint, d'autre part, d'une certaine sensation de froid et parvient difficilement à réchauffer ses extrémités.

Objectifs. — L'examen des différents modes de sensibilité, au tact, à la douleur, au chaud et au froid, ne permet de déceler aucun trouble notable, peut-être seulement un léger retard de perception au niveau des masses adipeuses des membres inférieurs.

Moteurs. — La malade se fatigue vite et marche difficilement, mais n'est pas véritablement impotente ; sa force

musculaire n'est pas sensiblement altérée, sa poignée de main est forte, au dynamomètre : 29.

Les réflexes seraient plutôt faibles ; le réflexe patellaire notamment est presque nul. Leur recherche est d'ailleurs rendue difficile par la présence des masses adipeuses qui recouvrent le tendon rotulien.

Babinski en flexion. Pas d'Argyll.

Il y a relâchement du sphincter vésical. Le malade perd ses urines la nuit surtout. La face interne des cuisses présente un érythème avec éruption de macération.

Pas de troubles sensoriels, yeux, oreilles, olfaction et goût. Au niveau de la paupière supérieure gauche, nous remarquons une petite tache xanthélasmique.

Au point de vue psychique nous ne signalerons qu'une certaine euphorie avec rire facile faisant contraste avec les pleurs du début de la maladie ; actuellement, elle dit ne plus pouvoir pleurer.

Aucune modification électrique, seulement une résistance plus grande au courant dans les régions les plus infiltrées de graisse.

Examen viscéral. — Rien à signaler au niveau des principaux appareils.

Pouls régulier, 78.

Sang normal.

Urines : ni sucre ni albume, pas de couleurs scatologiques ou indoxyliques.

Le corps thyroïde n'est pas perceptible.

La ponction lombaire permet de noter une hypertension du liquide céphalo-rachidien, mais pas d'éléments figurés.

On pourrait nous objecter, que cette classification, d'après l'aspect et la topographie de l'adipose, établit des barrières sur des différences de formes plutôt que de fond. Certes, nous admettons, que l'aspect clinique est insuffisant, pour celui qui désire une classification vraiment scientifique ; cependant, n'est-il pas permis d'espérer que, puisqu'à une espèce pathogénique, correspond en général un tableau clinique caractéristique, inversement, les groupements de faits, cliniquement semblables, seront aussi des groupements de faits de même pathogénie. Et nous serons, je pense, d'autant plus autorisé à penser ainsi, qu'à l'aspect clinique se joignent des circonstances étiologiques semblables.

D'ailleurs, dans une affection, où nous verrons la pathogénie encore si mal élucidée, l'anatomie pathologique imprécise, n'est-ce pas notre base la plus sûre ? Et les recherches pathogéniques auront d'autant moins de chance de s'égarer, qu'elles porteront sur des faits, dont on ne pourra nier la parfaite unité clinique.

C'est le seul but que nous nous proposons par ces distinctions que nous essayons d'établir ; nous n'avons nullement la prétention d'isoler de véritables entités morbides, mais tout au plus des types cliniques suffisamment nets et bien définis permettant de rapprocher des cas homologues. C'est ainsi qu'un surtout, nous a paru nettement individualisé : c'est le type présenté par les observations de notre premier groupe.

Comme nous l'avons dit, c'est à peu près la forme diffuse de la maladie de Dercum, d'après Vitaut, Sclerlin; c'est évidemment une adipose douloureuse avec, le plus souvent, de l'asthénie et quelquefois des troubles psychiques, mais ce qui caractérise ce type clinique c'est la *localisation*, nous pouvons dire pathognomonique, de l'adipose dont déjà M. le professeur Debove, MM. Raymond et Guillaïn avaient montré l'importance, en raison de sa fréquence et de son homogénéité. Il nous semble juste, si l'on veut consacrer les travaux du savant neurologiste américain, d'attribuer à ce type seul, la dénomination de maladie de Dercum. Mais si l'on pense, comme M. le professeur Debove, que la nomenclature médicale est déjà suffisamment encombrée de noms propres, à désignation imprécise et vague, nous lui donnerons, pour rappeler ses principaux caractères, le nom d'adipose douloureuse segmentaire rhizomélisque. Après l'avoir isolée, nous allons en préciser maintenant la symptomatologie ainsi que la pathogénie, en nous basant sur la série d'observations similaires, qu'il nous a été permis de réunir, et que nous n'avons pas cru devoir présenter toutes ici.

SYMPTOMATOLOGIE

L'ADIPOSE DOULOUREUSE SEGMENTAIRE RHIZOMÉLIQUE

L'adipose douloureuse segmentaire de la racine des membres est un syndrome que nous rencontrons presque exclusivement chez la femme, très rarement chez l'homme : il débute presque toujours aux environs de la ménopause, c'est-à-dire entre quarante et cinquante ans.

DÉBUT

Dans nombre d'observations, où les malades pouvaient préciser suffisamment l'apparition de leurs troubles morbides, nous avons vu, comme chez notre malade (obs. I), les phénomènes douloureux précéder l'adipose, et nous avons remarqué le caractère tout spécial de ces douleurs de début, notamment leur caractère superficiel : ce sont des *douleurs cutanées ou sous-cutanées* ; notre malade se plaignait d'un « agacement » de la peau, d'un fourmillement sous-cutané ; d'autres avaient la sensation d'eau chaude coulant le long de leur membre (Dercum), de vers grouillant

sous la peau ; plus accentués. ce sont des picotements, des piqûres douloureuses (Giudiceandréa) ou même une sensation de déchirure lorsqu'on mobilise la peau sur les plans sous-jacents (Ch. Féré, M^{me} B..., obs. XXVI). Le plus souvent, ces phénomènes douloureux prédominent aux points destinés à être envahis par l'adipose.

Bien moins nombreux sont les cas, où l'adipose est signalée comme ayant précédé les douleurs, même en tenant compte que, le plus souvent, les malades ne remarquent leur adipose que lorsqu'elles commencent à en être incommodées ; la moindre douleur leur importe davantage que le plus volumineux lipome, et il se pourrait, que, bien que l'adipose l'ait de longtemps précédée, ce soit cependant la douleur qui fasse découvrir au malade l'augmentation de volume de la région douloureuse.

Le développement de l'adipose est plutôt rapide et se fait d'ordinaire par poussées successives ; fréquemment, les différents segments de membre sont successivement et non simultanément atteints ; aussi, n'est-il pas rare, au début, d'observer une symétrie imparfaite. Et c'est, quelquefois, à une date assez éloignée du début, que le syndrome clinique est pleinement constitué.

ÉTAT

Les symptômes cardinaux de notre syndrome sont :

1° L'adipose à localisation spéciale ;

2° Les phénomènes douloureux dont elle est le siège.

1° *Adipose*. — Nous avons déjà insisté sur la localisation de l'adipose, dont nous faisons une des caractéristiques de notre syndrome. Mais cette importance même nous oblige d'en retracer ici les principaux traits.

Cette adipose atteint certaines régions, et en respecte complètement d'autres.

La face et les extrémités des membres, mains et pieds, sont toujours indemnes et, dans quelques cas, contrastent par leur maigreur avec les masses adipeuses des autres segments du corps. Le thorax, sans être toujours indemne, l'est cependant le plus souvent.

Au contraire, l'adipose prédomine nettement à la racine des membres : hanches et épaules, cuisses et bras sont les sièges de prédilection ; de là, l'adipose envahit l'abdomen, puis les segments de membres plus éloignés : jambes et avant-bras. La base du thorax est également assez fréquemment envahie par les masses graisseuses.

Nous ne manquerons pas de signaler comment cette adipose se limite.

Tandis qu'à l'extrémité tronculaire l'infiltration graisseuse s'atténue insensiblement, à l'extrémité distale, c'est un *bourrelet graisseux* nettement marqué qui en marque la terminaison. Il semble qu'une bride fibreuse fasse obstacle à l'envahissement adipeux et cette disposition caractéristique d'une extrémité

du membre indemne faisant suite brusquement à un segment considérablement augmenté de volume a donné lieu aux comparaisons les plus imaginées : culotte bouffante de cycliste ou de valet de pied (Dupré), pantalon de zouave (Gilbert-Ballet) aux membres inférieurs ; manche à gigot, manchette aux membres supérieurs.

Et cette comparaison nous amène à montrer que cette limitation se fait plutôt à l'extrémité d'un segment de membre, coude ou poignet, genou ou cou-de-pied que dans sa longueur. C'est également ce que plusieurs auteurs ont voulu montrer en qualifiant cette adipose de *segmentaire*.

Quant à l'aspect de l'infiltration graisseuse nous dirons que c'est plus une *adipose* qu'une *lipomatose*, et par cette distinction nous comprenons par le terme adipose une infiltration graisseuse plus ou moins *diffuse*, et par lipomatose les affections constituées par des *tumeurs graisseuses* circonscrites, par des lipomes plus ou moins multiples.

Pour ce qui est de notre syndrome, ce n'est pas une adipose pure, mais bien plutôt une *adipose lipomatense* ; en effet l'infiltration graisseuse présente le plus souvent un aspect nettement lobulé ; il semble que la peau est matelassée, capitonnée, mais c'est un rembourrage mal fait, non par une masse homogène, mais par des boules graisseuses plus ou moins enchevêtrées que la palpation comme l'inspection n'isolent

pas nettement, mais ne manquent cependant pas de révéler.

Cette lobulation est le plus souvent d'assez grosse dimension (œuf de poule, mandarine), les nodules graisseux font une saillie plus ou moins proéminente sur l'ensemble du capitonnage; c'est ainsi que dans plusieurs observations nous avons vu signalés, comme chez notre seconde malade, à la face interne des genoux, d'énormes lipomes de la dimension d'une tête d'enfant.

L'aspect tient d'ailleurs beaucoup au siège de l'adipose.

Aux fesses, c'est un capitonnage assez finement lobulé et tendu.

Les saillies fessières turgides sont très proéminentes (obs. II), rappelant un peu celles de la Vénus Hottentote.

Aux cuisses, l'infiltration est moins ferme, à lobulation plus nette.

Aux genoux, la lobulation plus accentuée encore forme souvent de véritables lipomes.

A l'abdomen, l'infiltration de la paroi provoque la formation de tablier se recouvrant les uns les autres et descendant plus ou moins bas au-devant des cuisses.

Aux bras, il existe également un aspect tout spécial; la graisse s'accumulant à la partie déclive forme à la partie postéro-inférieure des bras des *masses flottantes* dont la lobulation est moins nette qu'aux membres inférieurs.

A la surface des masses graisseuses, la peau présente des aspects variables en rapport sans doute avec la structure anatomique de la région. Dans les points comme les saillies fessières, les cuisses, où de nombreuses adhérences rattachent la face profonde du derme aux couches sous-jacentes, la peau prend l'aspect grenu, mamelonné, de la peau d'orange. Dans la longueur des membres, comme aux bras, où les adhérences sont plus rares, la peau se laisse seulement distendre comme une vessie de caoutchouc, et on pourra la plisser sur le pannicule adipeux, tandis qu'on ne le pourra pas en d'autres points. Fréquemment, on observe encore des vergetures comparables à celle de la grossesse. Des traînées bleuâtres indiquent le trajet des veines et des taches ecchymotiques, des varicosités ne sont pas rares.

La palpation des territoires infiltrés permet d'apprécier la consistance, qui, comme celle du lipome, est élastique, rénitente, et ne permet pas de douter de la nature graisseuse de l'infiltration. La lobulation peut donner l'illusion, qu'on palpe des paquets de vers inclus sous les téguments, ou encore un varico celle mais à enveloppes plus résistantes (Dercum). Si molle que soit cette infiltration, elle ne garde pas l'empreinte du doigt qui le déprime.

2° *Douleurs*. — Dans la plupart des cas, les douleurs ne paraissent pas avoir, à la période d'état, la spontanéité qu'elles avaient au début. Si l'on note encore ces douleurs spontanées, elles n'ont plus du

moins leur caractère spécial, superficiel ; moins continues, elles surviennent plutôt sous forme de paroxysmes, à la manière de véritables névralgies.

Plus constantes sont les douleurs provoquées, soit par la palpation des masses graisseuses, soit par les mouvements mêmes du malade. Leur intensité est d'ailleurs variable ; dans quelques cas, ces douleurs sont suffisantes, pour que la malade, les redoutant, se maintienne dans une attitude figée, et que le moindre attouchement provoque des cris. D'autres fois, au contraire, il faut une pression déjà forte pour provoquer une défense de la part de la malade.

3° *Symptômes accessoires.* — Nous serons bref sur d'autres symptômes qui, en raison de leur inconstance, caractérisent bien moins nettement notre syndrome clinique. Certes, il n'est pas douteux, que tous les troubles morbides peuvent coexister avec notre adipose segmentaire, et il n'est pas toujours facile de reconnaître, ceux qui en sont cependant complètement indépendants, de ceux au contraire, qui font manifestement partie du tableau clinique. C'est surtout pour les troubles psychiques en particulier, qu'il y a lieu de distinguer, à notre avis, ceux qui coexistent, par une simple coïncidence, avec notre adipose, de ceux réellement en rapport avec cette même adipose.

1° *Asthénie.* — L'asthénie est le plus constant des symptômes secondaires, mais elle est plus ou moins marquée. Il est certain, qu'on ne peut pas l'attribuer uniquement à la surcharge graisseuse, qui n'est

nullement en rapport avec elle ; quelques malades marchent encore, mais parcimonieusement. et sont tout au moins incapables du moindre travail et c'est ce qui, le plus souvent, nécessite leur hospitalisation. D'autres, cantonnés au lit, refusent de se lever et même d'exécuter le moindre mouvement et, cependant, l'on ne peut incriminer la force musculaire qui, au dynamomètre, n'a jamais été trouvée sensiblement diminuée (Roux et Vitaut, Giudiceandrea, Sellerin).

2° *Troubles psychiques.* — Bien que fréquents, les troubles psychiques manquent cependant dans nombre d'observations (Henry, Giudiceandrea, Achard et Laubry, etc), et ne sauraient donc prétendre à l'importance que leur attribue Fulconis, pour qui leur absence doit faire éliminer le diagnostic de maladie de Dercum. Souvent, ils sont peu importants, et ne consistent qu'en des modifications de caractère, en une certaine instabilité mentale. Ils sont loin de présenter un type uniforme et, chez le même malade, ils peuvent être des plus variables.

Dans quelques cas, c'est le type mélancolique qui prédomine ; le malade est dans un état permanent de tristesse et de dépression morale et, sans aucun motif, est pris de crises de larmes (Oddo et Chassy, Gilbert-Ballet, obs. XXIX). D'autres fois, ce sont de simples distractions, des troubles de la mémoire. On a signalé encore des insomnies, des hallucinations, des cauchemars terrifiants, mais ces symptômes relèvent

sans doute plutôt de l'alcoolisme de certains malades. Les troubles mentaux peuvent être encore plus accentués et l'on a décrit du délire de la persécution et de véritables formes de démence (Denys et Leplay), mais il nous semble difficile de voir là plus que la coïncidence de deux syndromes morbides.

Parmi les signes de moindre importance, nous signalerons les hémorragies. Nous avons déjà remarqué les ecchymoses situées à la surface des masses graisseuses ; ces ecchymoses, signalées dans presque toutes les observations, sont spontanées ou provoquées par le moindre choc.

Des métrorragies sont survenues chez des malades ayant dépassé la ménopause. Ces hémorragies peuvent être régulières et menstruelles (Henry, obs. XX).

Plus rarement, on a observé aussi des hématomés, des épistaxis.

Des troubles vaso-moteurs sont fréquemment signalés ; les malades accusent, du fait de la vaso-contriction, une sensation de froid aux extrémités ; on remarquera la teinte cyanotique des téguments ; d'autrefois, les malades se plaignent d'une sensation de chaleur (vaso-dilatation).

On a remarqué encore une diminution notable de la sécrétion sudorale (Henry), avec sécheresse de la peau. Mais, d'autres fois, au contraire, il y a exagération de la sécrétion sudorale. Comme troubles trophiques, on a signalé encore des altérations du système pileux et un certain degré de sclérodémie.

L'examen de la sensibilité objective l'a presque toujours montrée normale ; dans quelques cas seulement, on note, au niveau des masses graisseuses, un certain degré d'hypo ou d'hyperesthésie.

Les réflexes sont normaux ; dans quelques cas s'ils furent trouvés diminués, il faut tenir compte de la difficulté de leur recherche en raison de l'adipose.

L'examen électrique n'a jamais révélé qu'une certaine résistance au passage du courant, dans les points les plus infiltrés.

L'examen du sang, des urines ne nous montre aucune altération notable. La ponction lombaire, pratiquée chez notre première malade, ne montre qu'une certaine hypertension du liquide céphalo-rachidien parfaitement normal par ailleurs.

Nous signalerons, chez nos deux malades, leur teint bilieux, cholémique avec, chez l'une (Shert), des nodules xanthélasmiques des paupières ; chez l'autre, un certain degré d'exophtalmie qui pouvait faire penser à une ébauche de syndrome basedowien.

ADIPOSE DOULOUREUSE SEGMENTAIRE DE L'HOMME

Chez les hommes, le tableau clinique s'est retrouvé, dans plusieurs observations, sensiblement comparable au syndrome que nous venons de décrire, mais il nous semble intéressant de signaler la constance des troubles génitaux : atrophie testiculaire congénitale ou acquise.

ÉTIOLOGIE

L'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique s'observe surtout chez la femme, aux environs de la ménopause, mais elle a été observée chez des jeunes filles et chez l'homme.

Il est intéressant de remarquer que, dans presque tous les cas, on a vu ce syndrome en rapport avec des crises ou des lésions génitales : ménopause (pour la grande majorité des cas, formation (Hale White) (obs. XXIV), grossesse, allaitement, affections annexielles, ovariectomie (Sicard), atrophie testiculaire, impuissance (Morlot et Gallois (obs. XXI), Dercum et Mac Carthy (obs. XXVIII, Jose Valdes Anciano) (obs. XXVIII).

Au contraire, l'hérédité directe aussi bien que névropathique, la diathèse arthritique ne semblent pas jouer un rôle bien considérable.

Quant au traumatisme, s'il est signalé dans un certain nombre d'observations, on n'oubliera pas avec quelle acuité les malades font remonter le moindre de leurs malaises à un traumatisme quelconque et, le plus souvent, l'accident mis en cause nous a paru n'avoir que des rapports éloignés avec l'apparition du syndrome.

L'alcoolisme a été également incriminé, mais nom-

breux sont les cas où il a été formellement nié ; il en est de même de la syphilis.

L'hypothèse d'une origine tuberculeuse posée par Bernard (1), en raison des signes de tuberculose trouvés chez sa malade, est encore loin^a d'être démontrée.

1. Bernard, Société médicale, 28 juin 1907.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude de l'anatomie pathologique comprend deux points principaux :

- 1° L'étude de la lésion apparente, locale : l'adipose ;
- 2° L'étude des lésions viscérales, découvertes à l'autopsie, et auxquelles on a voulu faire remonter l'origine du syndrome.

L'ADIPOSE

Dercum, chez sa première malade qui, cliniquement, représente un cas d'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique des membres supérieurs, retira au moyen d'un trocart de Duchenne, à plusieurs reprises, divers fragments des deux bras ; ceux-ci étaient translucides et avaient la consistance de la gelée. Au microscope il constata qu'ils étaient formés de tissu conjonctif avec de grandes cellules fusiformes à gros noyaux ; pas de cellules graisseuses ; une autre préparation permit de découvrir un tissu conjonctif peu abondant, englobant des cellules graisseuses. Enfin une troisième préparation montra du tissu conjonctif à disposition réticulée avec quelques éléments vascu-

lares et nerveux ; dans les mailles sont emprisonnées des cellules graisseuses. Chez le malade de Burr (ob. XXVII), D.-J. Mac Carthy signale le caractère fibreux particulier de la graisse. Elle était plus ferme que la graisse sous-cutanée normale. On y trouvait de place en place des nodules isolés, circonscrits par une capsule fibreuse distincte.

Les nerfs périphériques sont le siège évident de névrite interstitielle avec diminution et atrophie des fibres nerveuses dans les filets sous-cutanés, mais non dans le tronc.

ALTÉRATIONS GLANDULO-VISCÉRALES

Les quelques autopsies qui furent faites, se rapportant au syndrome adipeuse douloureuse segmentaire rhizomélisque, ne permirent pas de découvrir des lésions viscérales constantes ni bien significatives.

Les recherches pratiquées le plus souvent avec une idée préconçue ont porté surtout sur le système nerveux et sur les glandes à sécrétions internes : glande thyroïde, glandes génitales, hypophyse, capsules surrénales.

Système nerveux. — La première autopsie de Dercum (adipeuse douloureuse segmentaire rhizomélisque des membres supérieurs) fit découvrir une dégénérescence des cordons de Goll de la région cervicale et de la région thoracique supérieure.

Burr découvrit chez sa malade (Obs. XXVII), outre

une lésion hypophysaire (tumeur grosse comme une noix, englobant le chiasma des nerfs optiques et se prolongeant en haut dans les ventricules), une hydrocéphalie interne très marquée et, de plus, des lésions indubitables d'hydromyélie s'étendant jusqu'à la région dorsale : le groupe latéro-externe des cellules de la corne antérieure offrait un léger degré de chromatolyse.

Parmi les lésions glandulo-viscérales, c'est surtout les altérations de la *glande thyroïde* qui attirèrent les recherches.

Elle fut trouvée le plus souvent atrophiée, petite, dure et même calcifiée. Ballet, à l'autopsie de sa malade, signale une cirrhose diffuse du corps thyroïde. Dercum remarque la distension de certains acini par de la matière colloïde : on a remarqué également la présence de concrétions calcaires.

Par contre, chez une malade de Dercum (ob. XXVIII), l'examen le plus attentif ne put révéler la moindre altération.

Dans deux cas, on a observé une tumeur du *corps pituitaire*, caractérisée par une dégénérescence gliomateuse. Nous avons parlé plus haut du cas de Burr. Dans le cas de Dercum et Mac Carthy (obs. XXVIII), assez analogue, il y avait un adénocarcinome de la glande pituitaire avec des amas de matière colloïde.

Nous attacherons plus d'importance qu'on ne l'a fait jusqu'ici aux lésions des *glandes génitales*. Signalons d'abord les cas survenus après double ovario-

tomie (Sicard et Roussy, Sicard et Berkovitsch, Bondet). De plus, dans la plupart des autopsies, on a remarqué l'atrophie, la sclérose des ovaires; dans un cas de Dercum (obs. XX), existait un hydrosalpinx gauche.

Enfin, comment ne pas être frappé par l'existence d'altérations testiculaires et d'atrophie dans les trois seuls cas d'adipose douloureuse segmentaire rhizomé-
l. lique, que nous avons pu découvrir chez l'homme.

Au cours de l'étude pathogénique, nous reviendrons sur ces découvertes anatomo-pathologiques et nous discuterons alors le rôle qu'on a pu leur attribuer dans la production du syndrome.

PATHOGÉNIE

C'est en effet sur les découvertes anatomo-pathologiques que la plupart des auteurs ont échafaudé leurs théories pathogéniques. Mais, dans notre syndrome, nous avons vu que les autopsies sont rares et les résultats en sont des plus imprécis. Pour cette raison, il nous semble indispensable de nous aider de l'analyse scrupuleuse des symptômes et, par comparaison avec des affections voisines à pathogénie mieux connue, de remonter par induction des effets aux causes.

Dans le cas qui nous occupe, nous sommes en présence d'une adipose localisée et douloureuse.

Trois théories peuvent, *a priori*, essayer d'en expliquer la formation : la théorie anatomique, la théorie inflammatoire la théorie nerveuse.

Théorie anatomique. — La théorie anatomique est celle que tendraient à admettre les auteurs qui, comme Borde, ne font de l'adipose de Dercum qu'une variété de l'obésité vulgaire. « Cette localisation, disent-ils, mais ce n'est pas un fait particulier à votre syndrome. Regardez la plupart des obèses, leur obésité n'est jamais absolument comparable et chez les diffé-

rents sujets, vous verrez l'adipose prédominer sur telle ou telle région. Ce n'est pas à dire pour cela, que leur obésité ne soit pas de même nature. La raison de ces localisations spéciales peut tenir uniquement à la constitution anatomique de la malade.

« Il n'y a pas une obésité, mais des obèses. »

Nous ne croyons pas que cette théorie puisse être admise. En effet, nos malades ne sont pas des obèses un peu plus grasses en certaines régions ; quel contraste entre les segments atteints et les segments indemnes ! Si c'est un effet de la constitution anatomique il reste à rechercher les causes d'une constitution aussi anormale, ce n'est que reculer le problème sans l'expliquer réellement.

Peut-être pourrait-on se demander avec plus de raison si les régions atteintes par l'adipose segmentaire ne seraient pas les lieux naturellement prédisposés à l'envahissement adipeux et si l'apparente localisation ne serait pas due à un envahissement tout simplement plus rapide que dans l'obésité vulgaire, les lieux de prédilection de l'adipose étant déjà fortement infiltrés alors que les autres régions n'ont pas encore eu le temps d'être atteintes. Mais là encore ce n'est que reculer le problème, cette rapidité de formation ne différencie pas moins notre adipose de l'obésité vulgaire, et on est amené à en rechercher la raison.

De quelque façon qu'on l'envisage, la théorie anatomique ne satisfait donc pas l'esprit.

Théorie inflammatoire. — Il est un bon nombre de lipomes ou d'adiposes locales dont l'origine inflammatoire n'est pas douteuse. C'est ainsi qu'on voit survenir certains lipomes à la suite de traumatismes même légers, mais répétés : lipomes de la nuque des portefaix, lipomes des genoux des religieuses; des masses fibrolipomateuses sont observées autour d'organes chroniquement enflammés : reins, uretères, vessie, utérus, articulations (pseudolipomes des rhumatisants), ganglion lymphatique (adénolipomatose cervicale de Launois et Bensaude).

Peut-on donner la même origine aux cas qui nous occupent ?

Si des traumatismes ont été notés dans l'étiologie ils ne sont toutefois nullement comparables à ceux des cas cités plus haut ; si intenses fussent-ils ils n'ont pas eu une action locale, sur les points qui furent plus tard envahis par la graisse ; on ne saurait leur attribuer qu'une action indirecte, par l'ébranlement nerveux et la perturbation générale de l'organisme qu'ils ont causés.

Quant à découvrir, au voisinage des masses graisseuses, un organe enflammé responsable, la chose ne paraît pas facile.

Il ne saurait s'agir que d'une inflammation particulièrement latente, et aucun organe avoisinant ne montre de signes pathologiques bien nets. Certes, on remarque la localisation de l'adipose au voisinage des grandes articulations : l'épaule, la hanche,

et l'on ne méconnaît pas les formes particulièrement torpides de certaines inflammations articulaires, tels certains traumatismes tuberculeux de Doucet. Aurait-on affaire à des arthrites latentes agissant par certaines toxines qui transuderaient à travers la séreuse articulaire, pour provoquer, dans le tissu conjonctif péri-articulaire, une réaction graisseuse ?

Rien n'autorise à rejeter cette hypothèse, mais on objectera que la localisation segmentaire n'est pas absolument péri-articulaire et aussi qu'il serait curieux que les manifestations articulaires tiennent aussi peu de place dans le tableau clinique.

Théorie nerveuse. — Beaucoup plus acceptable nous semble la théorie nerveuse. Elle a pour elle l'existence des phénomènes douloureux du début et aussi les nombreux cas d'adipose sous-cutanée, localisée, au cours d'affections nerveuses les plus diverses : amyotrophie deutéropathique, tumeur cérébrale, lésions médullaires (Landouzy) (1).

Expérimentalement, on a provoqué une adipose localisée par la blessure d'un nerf : nerf siatique (Poison, L. Lortat, Jacob et Vitry) (2), trijumeau (Weir Mitchell, Frémy).

Personne ne méconnaît d'ailleurs le rôle du sys-

1. Landouzy, *De l'Adipose du tissu conjonctif sous-cutané des membres atteints d'atrophie musculaire deutéropathique* (*Revue mensuelle*, janvier 1878).

2. L. Lortat Jacob et Vitry, *Revue neurologique*, mars 1909.

tème nerveux comme régulateur des échanges ; le trophisme cellulaire est sous sa complète dépendance.

Il ne suffit pas de faire de l'adipose segmentaire une trophonévrose, il faut encore rechercher l'origine de celle-ci. Mais auparavant, remarquons que la localisation segmentaire n'est pas une des formes les moins curieuses de cette trophonévrose. Elle nous rappelle la localisation spéciale déjà signalée dans d'autres dystrophies : telle l'acromégalie dont la localisation est l'opposée de celle de notre syndrome : extrémités et face ; tels encore certains œdèmes nerveux : œdème segmentaire de Debove, trophœdème chronique de Meige, pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique de Mathieu.

Il semble, comme le fait remarquer M. le professeur Debove, que les membres et même les segments de membres aient leur pathologie, aussi bien que leur physiologie spéciale. Il est des affections qui n'atteignent pas spécialement tel ou tel tissu : conjonctif, musculaire ou osseux, mais tel ou tel fragment de membre. Si le système nerveux est en cause, comment intervient-il dans cette localisation ? Cette disposition ne répond nullement, en effet, à un territoire nerveux périphérique ou radiculaire, mais n'existe-il pas, dans la moelle, sinon des centres, du moins des régions, des lieux de passages où peuvent être atteintes simultanément les fibres d'un même segment de membre. Cette localisation segmentaire est déjà celle des manifestations hystériques — anesthésie en manchettes,

en caleçon — et lors même que ces manifestations ne relèveraient pas de lésions organiques, cependant n'indiquent-elles pas, pour le moins, un trouble nerveux fonctionnel, dynamogénique, et cela suffit pour que la localisation segmentaire ne soit pas un argument contre la théorie nerveuse.

Peut-on préciser davantage l'origine de cette trophonévrose ?

Quelques auteurs, comme Pétersen et Loweland assimilèrent l'adipose douloureuse à une *polynévrite*, mais cette hypothèse n'explique guère les symptômes généraux : asthénie, troubles psychiques.

Nous pourrions encore, comme Meige le fit à propos du trophœdème, admettre l'existence dans la moelle des centres trophiques du tissu cellulaire sous-cutané. Notre affection a en effet plus d'un point commun avec les œdèmes névropathiques et nous rappelons que cet auteur situait ces centres au voisinage des centres trophiques des muscles (cornes antérieures).

L'origine *myélopathique* de l'adipose segmentaire de la racine des membres mérite donc, à notre avis, d'être prise en considération d'autant plus que dans deux observations on a signalé des lésions médullaires : dégénérescence des cordons de Goll, de la région thoracique supérieure et de la région cervicale (malade de Dercum atteint d'adipose segmentaire de la racine des membres supérieurs), hydromyélie considérable s'étendant jusqu'à la région dorsale (Burr, obs. XXVII).

On a envisagé également l'hypothèse d'une lésion

cérébrale, et les deux autopsies dans lesquelles il y avait des lésions manifestes du corps pituitaire confirment cette hypothèse. D'autre part, la clinique nous offre de nombreux exemples de troubles trophiques consécutifs à des lésions encéphaliques : eschares des hémiplegiques, œdèmes des hémorragies ou des ramollissements cérébraux, amyotrophies, tumeurs graisseuses des paralytiques généraux. Les troubles psychiques de l'adipose douloureuse viennent également à l'appui de l'origine cérébrale.

Aussi pour Erdheim, Selke, Bartels, l'obésité ferait partie avec l'atrophie génitale et la glycosurie de ce qu'ils ont appelé le syndrome de la région hypophysaire. L'obésité ne serait donc pas due à la tumeur de la pituitaire elle-même, mais ne serait que le résultat d'une lésion de la base du cerveau. Mais ces mêmes auteurs ne sauraient préciser davantage la physiologie pathologique de cette lésion. Y aurait-il atteinte directe d'un centre qui commande l'accumulation des graisses ou bien la tumeur retentirait-elle de loin sur lui par l'intermédiaire des vaisseaux ou des modifications que sa présence apporte dans l'hydrodynamique du liquide céphalorachidien ?

Remarquons enfin que les phénomènes douloureux caractéristiques du syndrome ne seraient pas facilement expliqués par une lésion uniquement encéphalique.

Nous rappellerons encore l'hypothèse, émise par Haskovec de Prague, d'une origine sympathique. On connaît le rôle du système sympathique dans les phé-

nomènes vaso-moteurs; cette hypothèse serait d'accord avec la théorie vasculaire d'Aievoli (1). faisant dépendre le syndrome de Derçum comme les œdèmes nerveux d'altérations plus ou moins locales de la circulation lymphatique et nous pensons avec Haskovec qu'il serait utile d'élucider les rapports mutuels entre l'innervation sympathique et la fonction des glandes à sécrétion interne.

Cette discussion nous montre que si la participation du système nerveux est probable dans la production de l'adipose douloureuse, il est bien difficile actuellement de préciser la nature de cette participation et même la partie du système nerveux intéressée.

De plus, si importante que soit la part du système nerveux dans l'affection qui nous occupe, il ne semble pas que la lésion nerveuse doive être considérée comme primitive et il est bien plus probable qu'elle n'est que l'intermédiaire d'un trouble plus général.

Cause primordiale. — C'est ainsi que nous arrivons à discuter la cause primordiale de l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique.

La plupart des auteurs font dépendre cette dystrophie graisseuse de l'action sur le système nerveux d'un poison. Les avis diffèrent quant à la nature de ce poison.

On a incriminé ainsi une intoxication par des poisons chimiques exogènes : l'alcoolisme (Deny et Leplay), le tabagisme (Sellerin).

1. H. Morgagni, 1905, p. 8 et 9.

D'autres incriminèrent les toxines microbiennes: la syphilis (Mac Carthy), la tuberculose (Bernard).

Mais les hypothèses les plus en faveur sont celles qui incriminent les auto-intoxications, par vice de fonctionnement des glandes à sécrétion interne.

Origine thyroïdienne. — La première envisagée fut celle qui fait de l'adipose douloureuse une dystrophie thyroïdienne. Signalée par Dercum et reprise par MM. Roux et Vitaut, elle fut attaquée ensuite par Dercum lui-même.

Pour MM. Roux et Vitaut, qui en furent les principaux défenseurs, l'adipose douloureuse, due à une perversion de la fonction thyroïdienne, ne serait qu'une forme fruste du myxœdème.

Les principaux arguments en faveur de cette théorie sont :

1° Les lésions de la glande thyroïde trouvées à l'autopsie: atrophie, infiltration calcaire, dégénérescence colloïde ;

2° Les résultats du traitement thyroïdien qui, dans plusieurs cas, a donné d'excellents résultats.

Mais n'est-il pas juste de faire remarquer que les lésions des glandes thyroïdes n'ont pas été trouvées dans toutes les autopsies, et que même les lésions trouvées ne furent jamais qu'assez peu caractéristiques: les concrétions calcaires, la dégénérescence colloïde existent dans des cas qui ne sont pas des maladies de Dercum.

Enfin, le traitement thyroïdien fait maigrir égale-

ment les obèses vulgaires et cela ne prouve nullement que l'obésité soit d'origine thyroïdienne.

Origine hypophysaire.— C'est encore Dercum qui, à propos de l'autopsie de la malade de Burr (obs. XXVII), abandonnant la pathogénie thyroïdienne, envisagea le premier l'hypothèse d'une origine hypophysaire de l'adipose douloureuse. Il s'appuyait encore là sur un fait anatomo-pathologique : la découverte, à l'autopsie, d'une tumeur de la glande pituitaire. Plusieurs autres observations vinrent confirmer cette hypothèse, notamment celle que Dercum observa avec Mac Carthy (obs. XXVIII), et celle de Delucq et Alaux (obs. XXXVII).

Cette théorie hypophysaire a encore pour elle des arguments des plus sérieux, tirés de la physiologie de l'hypophyse et de l'étude des syndromes pathologiques hypophysaires.

On sait que l'hypophyse se compose de deux portions ou lobes de signification anatomique et de physiologie toute différente : le lobe postérieur dérive du cerveau et n'est qu'une dépendance du ventricule moyen ; le lobe antérieur appartient seul au groupe des glandes dites internes qui versent le produit de leur sécrétion dans le torrent circulatoire. Or, Harvez Cushing (1) a montré que l'ablation partielle du lobe antérieur détermine des troubles du métabolisme aboutissant à l'adipose et marqués par la persistance de

1. *The American Journal of the medical Sciences*, avril 1910.

l'infantilisme chez l'adulte ; il peut y avoir perte des caractères sexuels secondaires déjà acquis.

Launois et Cléret (1), d'autre part, en établissant leur syndrome hypophysaire adiposo-génital, ont montré que les lésions hypophysaires se traduisaient par une obésité spéciale de formation rapide, ayant plus d'un point commun avec l'adiposité de notre syndrome et également par une dystrophie génitale qui complète encore l'analogie avec l'adipose douloureuse, segmentaire, rhizomélique.

Ainsi, la physiologie et la pathologie expérimentale, aussi bien que l'anatomie pathologique, nous portent à ne pas douter de l'origine hypophysaire de quelques cas au moins d'adipose douloureuse segmentaire ; devons-nous conclure de là à l'origine hypophysaire de tous les cas ? Or, plus d'une fois, un esprit prévenu n'a pu retrouver aucun signe clinique de lésion hypophysaire, en dehors de la dystrophie adiposo-génitale (Rüdinger) et dans les autopsies faites, ces lésions sont loin d'être constantes. On pourrait évidemment penser à un trouble fonctionnel de la glande, mais ce n'est qu'une hypothèse toute gratuite ne reposant sur aucune base sérieuse.

D'autre part, si les fonctions de l'hypophyse peuvent nous faire penser, avec quelque raison, à son intervention dans la production des dystrophies graisseuses, il ne serait pas juste de croire que cette

1. Launois et Cléret, *Le Syndrome hypophysaire adiposo-génital* (*Gazette des Hôpitaux*, 1910).

glande fût la seule qui pût être incriminée de ce fait ; d'autres ont également une action trophique sur le système nerveux et interviennent dans la régulation des échanges.

Bien avant que l'on connût le rôle de l'hypophyse, on savait quel rôle important jouent les ovaires et les testicules dans la production de la graisse : l'engraissement des animaux par la castration est un fait banal ; chez l'homme également, rien n'est plus commun que les faits d'obésité d'origine génitale : telle est l'obésité des eunuques, l'obésité de la puberté, de la ménopause, des ovariectomisées, l'obésité post-puerpérale, etc.

N'est-on pas frappé, d'autre part, par la fréquence des troubles génitaux dans nos observations d'adipose douloureuse segmentaire et même le fait que l'obésité hypophysaire s'accompagne toujours de dystrophie génitale, ne nous porte-t-il pas à nous demander si, là encore, la dystrophie graisseuse n'est pas sous la dépendance de la dystrophie génitale ? Il ne serait nullement illogique de penser que la lésion hypophysaire se bornât à retentir sur le fonctionnement des glandes génitales, et que l'obésité hypophysaire ne fût en somme qu'une obésité génitale due à ce vice de fonctionnement. Parhon et Golstein, dans leur excellent ouvrage sur les sécrétions internes (1909), ont montré les relations qui existent entre les différentes glandes à sécrétion interne et notamment entre l'hypophyse et les glandes génitales.

Mais une question vient immédiatement à l'esprit : pourquoi la dystrophie génitale produirait-elle dans certains cas l'obésité vulgaire, dans d'autres l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique ?

Cette question ne manque pas d'être embarrassante et il sera malaisé d'y répondre, tant que la nature et le rôle des sécrétions glandulaires internes sera aussi mal connu.

L'obésité vulgaire s'expliquerait fort bien par l'hypothèse d'après laquelle, les glandes génitales interviendraient, dans la production ou la destruction des graisses, par la sécrétion de ferments oxydants des réserves graisseuses, qu'elles maintiennent dans un juste état d'équilibre, en en empêchant l'accumulation.

Au contraire, l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique ne saurait guère s'expliquer sans l'intervention du système nerveux, les glandes génitales agiraient alors sur les centres nerveux régulateurs, soit par leur sécrétion interne, soit encore par action réflexe. Mais ce mécanisme pourrait également être invoqué pour l'obésité vulgaire ; il faudrait admettre pour expliquer la localisation de l'adipose rhizomélique que les glandes génitales retentissent dans ce cas d'une façon élective sur certains centres trophiques et non sur d'autres.

DIAGNOSTIC

La localisation si spéciale de l'adipose, la présence de douleurs à la palpation des masses graisseuses, l'impotence des malades sont les principaux symptômes qui non seulement permettent, mais imposent le diagnostic.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel devra se discuter cependant avec un certain nombre d'affections. Et tout d'abord, nous le discuterons avec les affections déterminant comme l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique, une augmentation de volume des membres, puis, nous établirons les caractères distinctifs, qui séparent notre affection des autres dystrophies graisseuses sous-cutanées.

I. — *Affections déterminant une augmentation de volume des membres*

L'éléphantiasis des membres inférieurs pourrait simuler la déformation dont nous avons fait une des caractéristiques de notre adipose douloureuse, cependant il est très rare que la confusion soit possible.

L'éléphantiasis par filaire tout d'abord ne s'observe que chez des individus ayant séjourné aux colonies, l'augmentation de volume des membres serait plutôt plus marquée aux extrémités qu'à la racine donnant l'aspect d'un tronc de cône à base inférieure, la palpation permet de reconnaître la nature œdémateuse dépressible de l'infiltration ; il y a simple gêne fonctionnelle et non douleur, de plus l'examen du sang fera trouver la filaire.

L'éléphantiasis nostras, survenant par poussées aiguës, s'accompagne de douleur et de phénomènes généraux ; on pourra retrouver le plus souvent l'infection cutanée causale (érysipèle, ulcère variqueux) ; enfin, la palpation ne donne nullement l'impression de tissu adipeux et empêche toute confusion.

L'adipose douloureuse segmentaire offre beaucoup plus d'analogie avec les *œdèmes nerveux* de toutes sortes, et il n'est peut-être pas illogique de penser que certains de ces troubles trophiques œdémateux pourraient avoir une pathogénie assez voisine de celle de notre dystrophie graisseuse.

Parmi ces œdèmes nerveux nous signalerons tout d'abord des *œdèmes secondaires* : œdèmes des hémiplésiques, des malades atteints d'une affection médullaire ou de névrites périphériques, œdème des basedowiens, œdème bleu des hystériques. Mais ceux qui pourraient surtout prêter à confusion, ce sont les œdèmes d'apparence *idiopathique*, dont les principaux

types furent décrits par Debove, Meige, Mathieu et Weill et Dide.

L'œdème segmentaire de Debove se distingue de notre adipose douloureuse par l'absence des douleurs, par l'âge des malades qui sont des femmes jeunes de vingt à vingt-cinq ans, par l'absence de troubles psychiques.

Le trophœdème chronique héréditaire de Meige se distingue par son caractère héréditaire, familial, son existence chez l'homme comme chez la femme, l'absence de douleurs, le début à la puberté, l'unilatéralité fréquente.

Dans les cas de *pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique de Mathieu*, on a pu observer, comme dans nos cas d'adipose, une limitation brusque par un bourrelet de l'infiltration des membres, la conservation de l'intégrité des pieds, des douleurs assez violentes dans tout le membre inférieur ; l'apparition se fait également chez des femmes âgées après la ménopause ; n'était le caractère différent de l'infiltration, l'analogie serait complète et il n'est pas douteux qu'il y a plus d'un point commun entre ces deux affections.

Le myxœdème pourrait amener quelque confusion si on ne considérait qu'un membre pris au hasard, mais au lieu de respecter la face, le myxœdème l'affecte particulièrement, déterminant la bouffissure du visage si caractéristique ; enfin, c'est une maladie de l'enfance, parfois de l'adulte, rarement de la vieillesse.

II. — *Dystrophies graisseuses du tissu
cellulaire sous-cutané*

Prenons maintenant les signes distinctifs qui séparent l'adipose douloureuse segmentaire des autres dystrophies graisseuses du tissu cellulaire sous-cutané.

Les principaux types isolés sont :

Les lipomes simples ;

Les lipomatoses multiples (lipomatose discrète de Roch) ;

Les lipomatoses symétriques douloureuses dont font partie, à notre avis, les cas rattachés à la forme nodulaire de la maladie de Dercum ;

L'adénolipomatose de Launois et Bensaude ;

L'obésité vulgaire.

1° Le *lipome simple*, lipome sous-cutané banal, se rapproche davantage des tumeurs conjonctives en général que de l'affection qui nous occupe.

2° Les *lipomatoses multiples* symétriques circonscrites de Crémieux, lipomatose discrète de Roch, se différencient nettement de l'adipose douloureuse segmentaire, par le caractère de ses tumeurs, petites, circonscrites et indolores, par son siège aux avant-bras, cuisses, ceinture, par sa prédominance chez l'homme, par l'âge de son apparition : enfance, puberté, par son évolution lente, parfois régressive, par l'absence habituelle d'asthénie, de troubles psychiques, d'hémorragies.

3° Nous avons déjà montré comment les *lipomatoses symétriques douloureuses* ou les lipomatoses nodulaires rattachées à la maladie de Dercum se rapprochaient beaucoup plus des lipomatoses multiples circonscrites indolores que de l'adipose douloureuse segmentaire.

C'est ainsi que nous signalerons le caractère des tumeurs, petites, circonscrites ; leur siège aux avant-bras, aux cuisses, à la ceinture, leur existence chez l'homme plus fréquente que pour l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique.

4° Avec l'*adénolipomatose à prédominance cervicale* de Launois et Bensaude, la confusion est impossible en raison de cette prédominance même, bien qu'il existe quelques faits avec extension de la lipomatose aux bras et aux membres inférieurs. Mais cette forme ne se différencie pas seulement par sa prédominance cervicale, mais encore par sa fréquence chez l'homme, par l'absence d'asthénie, de troubles psychiques et d'hémorragies, par ses rapports avec l'appareil lymphatique.

5° Nous avons déjà insisté sur les caractères qui différencient nettement l'adipose douloureuse segmentaire de l'*obésité simple* ; rappelons que dans celle-ci il y a non seulement généralisation en surface, mais généralisation en profondeur, les tissus profonds étant envahis par l'adipose aussi bien que le tissu sous-cutané. Il n'y a d'ordinaire ni douleur, ni troubles sensitivo-sensoriels, ni asthénie.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique n'est pas grave *quoad vitam*. En effet, elle ne compromet pas l'existence et permet une longue survie. La mort survient le plus souvent du fait d'une maladie intercurrente.

Cependant cette affection n'en constitue pas moins une infirmité pénible sur laquelle tous les traitements tentés ont eu jusqu'ici une efficacité douteuse. L'asthénie, les phénomènes douloureux, l'adipose interdisant aux malades tout travail, quand ils ne les condamnent pas au repos complet, les empêchent de subvenir à leurs besoins, et nécessitent leur hospitalisation.

Enfin par le fait qu'elle débilite l'organisme elle le rend plus vulnérable aux différentes causes morbides.

TRAITEMENT

Il faut avouer que la thérapeutique n'a eu jusqu'ici que des succès tout à fait relatifs contre ce syndrome morbide.

Bien des médications ont été proposées ; quelques-unes ont amené une atténuation plus ou moins passagère de certains symptômes, mais la guérison n'a vraiment jamais été observée.

Quoi qu'il en soit, nous classerons les diverses médications employées en symptomatiques et pathogéniques.

Médications symptomatiques. — Les médications symptomatiques s'attaquent soit à l'adipose, soit aux douleurs sans se préoccuper d'atteindre la cause même du mal ; aussi leur succès ne saurait être que passager.

La diète n'a pas amené de modification de poids notable (Hale White).

La compression des membres a donné à Dercum et à Spiller quelques bons résultats, mais passagers.

Le traitement hydrothérapique a déterminé une certaine amélioration de l'état général chez les malades névropathes de Féré.

Le massage a donné dans plusieurs cas les meilleurs résultats (W. Spiller) ainsi que la roentgenisation proposée par Fulconis.

Quant au traitement chirurgical, il ne saurait être appliqué qu'à des lipomatoses nodulaires, bien circonscrites. Et dans notre adipose segmentaire, les masses lipomateuses volumineuses, mal circonscrites, sont comme noyées dans l'adipose diffuse. D'ailleurs même dans les lipomatoses nodulaires les résultats ne furent pas toujours encourageants.

Parmi les préparations médicamenteuses, nous citerons la médication salicylée qui a témoigné plus d'une fois de ses propriétés analgésiques, alors que l'antipyrine n'avait aucun succès (Dercum). Dercum donnait le salicylate seul ou associé à l'huile de Gaultérie.

La strychnine a donné les meilleurs résultats à Giudiceandrea qui observa, à la suite de son administration, une atténuation des douleurs et une plus grande liberté des mouvements, par diminution de l'adipose sous-cutanée.

L'arsenic, qu'on pourrait s'étonner de voir donner à des sujets déjà obèses, a cependant été employé avec succès par Roux et Vitant, sous forme de liqueur de Fowler, qui agit surtout contre l'asthénie.

Enfin, la teinture d'iode, à l'intérieur, a été préconisée par Fulconis.

Médications pathogéniques. — Suivant que l'on adopte ou non la pathogénie thyroïdienne de notre syndrome, la médication thyroïdienne aura les hon-

neurs d'une médication pathogénique ou seulement d'une médication symptomatique. Cette question, discutée dans un autre chapitre, intéresse peu le thérapeute.

Nous dirons seulement que ses résultats furent contradictoires. Ewald, Giudiceandrea, Galland et Garand, Roux et Vitaut, Oddo et Chassy, proclament des succès, tandis que Eshner, Hale White Kaplan et Fédorov, Sellerin n'en retirèrent aucun bénéfice, malgré un traitement prolongé.

L'hypothèse d'une origine hypophysaire du syndrome devait également faire essayer l'opothérapie hypophysaire. Mais, là encore, les résultats sont contradictoires. Tandis qu'Axenfeld, Elschnig, Fleischer auraient obtenu de bons résultats dans la dystrophie adiposo-génitale, Rénon et A. Delille n'en obtinrent aucun dans deux cas de maladie de Dercum.

Nous avons montré l'importance de la dysovarie dans la production de l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique ; on comprendra que nous préconisons l'*opothérapie ovarienne*.

Cette opothérapie a, d'ailleurs, été déjà essayée chez des obèses et nous avouons que Dalché eut un échec par cette médication chez une génitale obèse et neurasthénique. Par contre, Sicard et Berkoswitsch (Société médicale, 1908), dans un cas d'adipose douloureuse segmentaire, après double castration, soumirent avec succès le malade au traitement par le corps jaune. De même, Rénon et A. Delille ont vu plu-

sieurs cas de maladie de Dercum, guéris par la médication thyro-ovarienne associée.

Dans notre cas personnel, l'ovarine (20 à 40 cgr.) a produit chez notre malade une diminution du poids, des douleurs et de l'asthénie. L'interruption du traitement fut marquée par une reprise de poids, suivie d'une nouvelle diminution, dès que l'on reprit la médication.

Ces résultats encourageants nous engagent à persister dans cette voie.

Rappelons que l'opothérapie ovarienne peut être faite à l'aide de différentes préparations : on peut employer l'ovaire complet sous forme de préparations fraîches ou de poudre (ovarine) en ingestion ; les extraits glycéринés seront employés en injections sous-cutanées. On peut encore n'employer que le corps jaune, c'est l'ocréine qui a l'avantage de contenir uniquement les substances actives, enfin nous n'oublions pas les greffes d'ovaires qui ont l'attrait d'une médication vraiment curative, spécifique.

Toutefois quelles que soient les espérances que l'on soit en droit de fonder sur ces médications pathogéniques nous ne devons pas oublier qu'elles n'ont jusqu'ici rempli qu'en partie leurs promesses : dans la plupart des cas, il faudra se montrer éclectique et ne pas méconnaître la thérapeutique symptomatique qui, si elle ne guérit pas les malades, du moins les soulage, et leur permet de supporter une infirmité pénible.

CONCLUSIONS

I. — Sous le nom d'adipose douloureuse ou de maladie de Dercum, des faits cliniques disparates ont été réunis; au contraire l'autonomie de l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique nous semble s'imposer et c'est à ce syndrome restreint qu'il nous paraît le plus logique de réserver la dénomination de maladie de Dercum.

II. — Les formes nodulaires, d'autre part, suivant les descriptions de Vitaut, Sellerin, se rapprochent davantage des lipomatoses multiples circonscrites, qu'elles soient douloureuses ou indolores.

III. — L'étude étiologique nous montre les rapports étroits de l'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique avec les lésions ou les troubles fonctionnels des glandes génitales (ovaires ou testicules).

Pour cette raison nous aurions tendance à faire dépendre ce syndrome d'une perturbation de la sécrétion interne des glandes génitales.

C'est ce qui nous a fait essayer chez notre malade l'opothérapie ovarienne et nous avons obtenu une certaine amélioration : diminution du poids, des douleurs et de l'asthénie.

Vu : le Président de la thèse,

GILBERT-BALLET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et LAUBRY. — Adipose douloureuse (*Revue neurologique*, 30 avril 1901).
- Forme légère d'adipose douloureuse, 15 juin 1901.
- AIEVOLI. — Place nosologique du syndrome de Dercum (*Il Morgagni*, 1905, n^{os} 8 et 9).
- ANDERS (James-M.). — Adipose tubéreuse (*American Journal of the medical Sciences*, mars 1908).
- ARMAND DE CORDOVA. — Troubles psychiques liés aux altérations des glandes à sécrétions internes (*Archivos de Psiquiatria y Criminalogia*. Buenos-Ayres, novembre 1908).
- BALLET. — L'adipose douloureuse (*Journal des Praticiens*, 13 septembre 1902).
- *Presse médicale*, 8 avril 1903.
- BERGERON. — Adipose douloureuse (*Revue neurologique*, 28 nov. 1908.)
- BERNARD (Léon). — Adipose douloureuse et tuberculose (Société médicale, 28 juin 1907).
- BONDET. — Adipose douloureuse (*Bulletin médical*, sept. 1904.)
- BORDE (G.). — Maladie de Dercum: Thèse de Paris, mai 1907.
- BORDONI. — *Riforma Medica*, an XVII, vol. III, n^o 62, p. 735.
- BOUJU. — Lipomes d'origine nerveuse. Thèse de Paris, 1892.

- BROUARDEL. — Traité de Médecine et de Thérapeutique (obésité).
- BURR (Ch.-W.). — A case of adiposis dolorosa With necropsy (*The Journal of nervous and mental Diseases*, 1900, p. 519).
- CARDUCCI. — *Il Policlinico sezione pratica*, 1901.
- CARNOT. — L'Opothérapie, 1910.
- CHEINISSE. — L'Identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum (*Sem. méd.*, 1903, XXIII, p. 221).
- COLLINS. — A text book of nervous Diseases. Philadelphia, 1895.
- CRÉMIEUX. — Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique, circonscrite. Thèse de Montpellier, 1904-1905.
- DEBOVE. — L'Adipose douloureuse (*Presse médicale*, t. II, p. 25).
- Journal de médecine interne, février 1901.
 - Œdème segmentaire (*Presse médicale*, n° 43, 28 mai 1902).
 - Pathogénie de l'obésité (*Semaine médicale*, 11 mars 1901).
- DERCUM. — A Subcutaneous connective tissue dystrophy of the arms and back, associated with symptoms resembling myxœdema (*University medical Magazine*, décembre 1888).
- Three Cases of the Litherto un classified affection resembling in its grosser aspects obesity, but associated with special nervous symptoms. Adiposis dolorosa (*The American Journal of the Medical Sciences*, novembre 1892).
- DEBOVE. — Un Cas d'adipose douloureuse. Clinique de Beaujon (*Archives générales de Médecine*, 1903, p. 356).
- DELUCQ et ALAUX. — L'Adipose douloureuse (*Revue générale. Presse médicale*, 1904).
- DE MASSARY. — Adipose douloureuse et tuberculose (*Société Médicale*, 21 juin 1907).

- DENY et LEPLAY. — Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire, chez une démente alcoolique et hérédo-alcoolique (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre 1903).
- DERCUM. — Trophonévroses (*Twentieth century practice of med.*, 1897, t. XI, p. 554).
- Autopsy in a case of adiposis dolorosa, with microscopical examination (*The Journal of nervous and mental Diseases*, août, 1900).
 - *Philadelphie medical Journal*, 1^{er} mars 1902, p. 396. — Deux Cas d'adipose douloureuse (*Revue neurologique*, 1902).
- DERCUM et MAC CARTHY. — Autopsy in a case of adiposis dolorosa (*The American Journal of the medical Sciences*, décembre 1902, p. 994).
- DIDE. — Pseudo-œdème catatonique (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, décembre 1903).
- DUPRÉ et GIROUX. — Adipose douloureuse segmentaire (*Société de Neurologie*, 8 novembre, 1906).
- DURANDO DURANTE. — Adipose douloureuse (*La Pediatria*, juillet 1904).
- ESNER. — A Case of adiposis dolorosa (*The Philadelphie medical Journal*, octobre 1898 et *The Journal of American Association*, 1898).
- EWALD. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 21 janvier 1895).
- FÉRE (Ch.). — Adipose douloureuse (*Médecine moderne*).
- Adipose douloureuse (*Revue de Médecine*, 10 août 1901).
- FRANKENHEIMER. — Adipose douloureuse (*The Journal of the American medical Association*, 28 mars 1908, p. 1012).
- FRESSINEAU. — Maladie de Dercum. Thèse de Bordeaux, 1904.
- FULCONIS. — Maladie de Dercum et lipomatose douloureuse symétrique. Thèse de Lyon, 1904.
- GHEDENI (G.) (Gênes). — Adipose non douloureuse (*Ga-*

- zetta degli ospedali e delli Cliniche (Revue neurologique, décembre 1908).*
- GHELF. — Adipose douloureuse avec syndrome basedowien (*Bulletino delle Cliniche, septembre 1904*).
- GINO MORSA. — Adipose douloureuse et opothérapie thyroïdienne (*Riforma Medica, mars 1905*).
- GIUDICEANDREA. — L'Adiposis dolorosa malattia de Dercum (*Rivista di Pathologia nervosa e mentale, Luglio, 1900*).
- Rapports cliniques et pathogénétiques entre la maladie de Dercum et quelques formes voisines (*Il Policlinico, sezione pratica, 8 février 1902*).
- GRAHAUD. — Le Syndrome hypophysaire adiposo-génital. Thèse de Paris, 1910.
- HALE WHITE. — A case of adiposis dolorosa (*British medical Journal, 2 décembre 1899*).
- HARVEZ CUSHING. — Fonctions de l'hypophyse (*The American Journal of the medical Sciences, avril 1910*).
- HASKOVEC (Prague). — Un Cas d'adipose douloureuse (*Revue de Neurol., 15 décembre 1906*).
- HENRY (F.-P.). — A Case of myxœdematoid dystrophy (paratrophy) (*The Journal of nervous and mental Diseases, mars 1891*).
- HOUÉE. — Maladie de Dercum. Thèse de Paris, mars 1904.
- JEANSELME et BUFNOIR. — Lipomatose symétrique (Société médicale des Hôpitaux, 5 mai 1898).
- JOFFRE (G.). — Maladie de Dercum. Thèse de Paris, mars 1907.
- JONESCO (Titu). — Adipose douloureuse (*Rivista medica, 1907*).
- JOSEPHOVITSCH. — Adipose douloureuse (*Revue (russe) de Médecine, 1908*).
- KAPLAN (J.) et FEDOROV (A.). — Maladie de Dercum (*Meditzinskoie oboz, 1902, n°6, p. 471*).
- KLINGMANN. — Adipose douloureuse (*New-York Medical Journal, novembre 1908*).
- LANDOUZY. — De l'Adipose du tissu conjonctif sous-cutané

des membres atteints d'atrophie musculaire détro-
topathique (*Revue mensuelle*, janvier 1898).

LAUNOIS et BENSAUDE. — Adénolipomatose symétrique
(*Presse médicale*, 1^{er} juin 1898. — *Revue neuro-
logique*, 1901, p. 953).

LAUNOIS et CLÉRET. — Le Syndrome hypophysaire adi-
posogénital (*Gazette des Hôpitaux*, 1910).

LENOIR. — Adipose symétrique localisée des membres
inférieurs non douloureuse (*Revue de Neurol.*,
1904).

LEVEN. — De l'Obésité. Thèse de Paris, 1901.

LORTAT (L.) JACOB et VITRY (G.). — Adipose par
lésion nerveuse (*Revue neurologique*, mars
1909).

MAC MULLAN. — Adipose douloureuse et traitement
thyroïdien (*British Medical Journal*, août 1909).

MANCINI. — Adipose douloureuse (*Il Policlinico, sezione
pratica*, 24 août 1901).

MARCOU. — L'Adipose douloureuse (*Archives générales
de Médecine*, 1903, p. 28).

MATHIEU (Alb.). — Sur une Forme particulière d'œdème
névropathique (pseudo-éléphantiasis névropa-
thique) (*Annales de Dermat. et de Syphil.*, jan-
vier 1893).

MAZIO. — Un Cas d'adipose douloureuse (*Annali del
Istituto psichiatrico della R. Università di
Roma*, 1904).

MEIGE. — Trophœdème congénital (*Nouvelle Iconogra-
phie de la Salpêtrière*, 1899, p. 453).

MEIGNEN et LEVESQUE. — Un Cas d'adipose douloureuse
(*Bulletin médical*, avril 1906).

MIGLIACCI. — Adipose douloureuse (*Gazzetta degli ospe-
dali*, octobre 1909).

MILIAN. — Pseudolipomes et lipomes multiples (*Gazette
des Hôpitaux*, 9 novembre 1895).

MINELLI (Spartaco). — Adipose douloureuse (*Gazette
medica Italiana*).

- MIQUEL. — Sur la Valeur nosologique du synd. de Dercum. Thèse de Paris, juillet 1904.
- MORLOT et GALLOIS. — Adipose localisée d'origine tropho-névralgique (*Bourgogne médicale*, 1894-1895, t. II, p. 44).
- NORSA. — Adiposo dolorosa (*Rivista critica di clinica medica*. Firenze, 22 juin 1901).
- ODDO et CHASSY. — Adipose douloureuse accompagnée de troubles vaso-moteurs et de sclérodémie (*Revue neur.*, n° 2, 30 janvier 1902).
- PAPI. — Contributo alla casistica della adiposis dolorosa (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, n° 24, 9 mars 1902).
- PAPINIO PENNATO. — Adipose douloureuse (*Riforma Medica*, 1904).
- PARHON et GOLSTEIN. — Les Sécrétions internes, 1909.
- PASQUINI. — Un Cas d'adipose douloureuse (*Il Policlinico, sezione pratica*, 15 mars 1902, p. 623).
- PRUNIER. — Adipose douloureuse (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, p. 168, 1907).
- PRICE (G.-F.). — Adipose douloureuse (*Philadelp. neurol. Society*, 23 octobre 1906).
- PRICE (G.-F.) et HARY-HUDSON. — Adipose douloureuse avec développement imparfait des côtes et des vertèbres (*The Journal of mental and nervous Diseases*, avril 1909).
- PRINET. — Maladie de Dercum. Thèse de Lille, 1908.
- RAYMOND et GUILLAIN. — Un Cas d'adipose douloureuse (Société de Neurologie, 2 juin 1904).
- RÉNON et HEITZ. — Adipose douloureuse avec arthropathies multiples (*Revue neurologique*, 1901, p. 704).
- RÉNON et LOUSTE. — [Société médicale des Hôpitaux, décembre 1902.
- ROBERTS. — Un Cas d'adipose douloureuse (*The Philadelphia medical Journal*, 26 avril 1902).
- ROCH. — Forme particulière de lipomatose symétrique (*Revue de Médecine*, t. XXVIII, juin 1908).

- ROGUES DE FURSAC(J.). — Adipose douloureuse. (*L'Encéphale*, février 1908, p. 131).
- ROUX (J.). — Maladie de Dercum et goitre exophtalmique.
- ROUX et VITAUT. — Société de Neurologie, 1901.
- RUDINGER. — *Semaine médicale*, 17 décembre 1902.
- SAINTON et FERRAND. — Maladies de Dercum (*Revue générale*, — *Gazette des Hôpitaux*, 22 août 1903).
- SELLERIN. — De l'Adipose douloureuse. Thèse de Paris, 1903.
- SÉZARY. — Quatre Cas d'adipose douloureuse (*Revue de Médecine*, 10 janvier 1907).
- SICARD et BERKOVITSCH. — Adipose segmentaire douloureuse, suite d'ovariotomie (Société médicale, 19 juin 1908).
- SICARD et ROUSSY. — Adipose douloureuse, suite d'ovariotomie. Société médicale des Hôpitaux, 16 octobre 1903.
- SIMIONESCO. — Adipose douloureuse (*Revue neurologique*, 6 juin 1901).
- SPILLER (William). — Report of three cases of adiposis dolorosa (*Medical News*, 26 février 1898).
- STERN (Heinrich). — Adipose douloureuse et myxœdème (*The American Journal of the medical Sciences*, 1910, p. 456).
- TAYLOR et LUCE. — Un Cas d'adipose douloureuse (*Boston medical et Surg. Journal*, 15 février 1906).
- THIMM. — Adipositas dolorosa und schmerzende symmetrische lipome (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1903, XXXVI, p. 281).
- VALDES ANCIANO(José). — *Rivista medica Cubana*, 1903.
- VITAUT. — Maladie de Dercum. Thèse de Lyon, 1901.
- WEISS (Albert). — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 23 août 1900.

